« Sans la reconnaissance de la valeur humaine de la folie,
c'est l'homme même qui disparaît » (Tosquelles)

Table des matières

Avant-propos

Comment rendre compte du travail d'une année dans notre secteur ? Celui-ci se réalise bien souvent dans l'informel, hors procédures, dans les petits détails du quotidien. Difficilement objectivable, le travail clinique est un travail de construction et comporte bien plus de questions que de réponses.

Ecrire la clinique, c'est tenter de formuler quelque chose de cette pratique improbable qui fait le pari de la parole et mise sur les trouvailles singulières du sujet. Aussi, cette formulation est toujours à prendre comme incomplète, comme en mouvement, comme relance supplémentaire d'un travail de questionnement qui ne doit pas s'arrêter.

Ce travail de questionnement, c'est ce que nous visons à l'Ancrage : maintenir ouvertes les questions pour que celles-ci puissent continuer à s'élaborer, s'appuyer sur la réunion clinique pour construire le travail hebdomadaire, tenter de tirer un fil à partir du cas plutôt que de verser dans des programmes d'accompagnement *ready-made*.

Nous constatons pourtant cette année encore avec quelle difficulté nous avons pu nous réunir pour réfléchir à l'élaboration de notre travail : le nombre de réunions extérieures va croissant ; la recherche de subsides ponctuels pour la mise en place d'ateliers et d'activités au sein de la structure prend énormément de temps ; enfin, de nombreuses démarches administratives et/ou organisationnelles ont grevé les plages disponibles.

Ce temps qui nous manque souvent pourrait à terme nous coûter cher : le travail clinique en requiert, de même que le travail d'équipe. A nous d'être vigilants, de nous organiser au mieux pour huiler les rouages et gagner du temps de parole, d'échange. A nous de préserver ce qui fait la spécificité de notre travail institutionnel.

Malgré ce constat et les difficultés que ça a inévitablement occasionné, l'efficacité de l'équipe et sa volonté bien présente d'accompagner les résidents dans leur quotidien et leurs désirs a permis de maintenir le cap et de mener à bien certains projets tant individuels que collectifs.

Je remercie donc chaleureusement et individuellement les membres de l'équipe de l'Ancrage. Merci au Docteur Samain, à Francis, à Samantha, à Jonathan, à Manuela, à Caroline, à Iolanda, à Tamara et à Johan, qui effectue un remplacement au sein de l'équipe.

Je tiens également à remercier les institutions du réseau avec lesquelles nous avons eu l'occasion de travailler en 2014, que ce soit dans le cadre de réunions de travail ou dans le cadre d'un suivi commun.

Il me reste à remercier notre Président pour son suivi attentif ainsi que les membres du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale.

Une fois n'est pas coutume, je terminerai cet avant-propos par l'annonce d'un changement majeur au sein de notre initiative d'habitations protégées : depuis le mois de novembre 2014, l'Ancrage fait désormais partie de l'asbl Alises, au même titre que le centre de postcure Ellipse et le centre de réadaptation fonctionnelle Alba. La création d'un service partagé entre les trois structures vise à mutualiser les moyens et à professionnaliser les métiers. Et si les unités cliniques qui composent Alises restent indépendantes, il va sans dire qu'un dialogue constructif entre les entités devrait permettre à la fois de préserver la spécificité de chaque structure tout en dégageant des synergies dans certains domaines.

Le pari est donc lancé : il s'agit de rassembler les énergies sans pour autant uniformiser les pratiques ; d'optimiser les moyens sans évacuer la nécessaire prise en compte de la clinique dans certaines décisions ; d'apprendre à travailler à plusieurs sans gommer ce qui est le plus singulier à chacun. En tant que cliniciens, la singularité, le cas par cas et l'organisation clinique du travail constituent en effet l'essence même de notre travail.

Introduction

Le mode de fonctionnement de notre institution est pensé en regard de ce que la clinique nous impose. Ce sera le fil de ce rapport d'activités.

Ainsi, si le chapitre 1 brosse un tableau large du contexte structurel de l'IHP et de l'organisation générale qui en émane, nous décrivons dans le chapitre 2 les dispositions concrètes découlant de notre éthique et de notre orientation de travail.

Le chapitre 3 est quant à lui consacré à l'analyse détaillée des statistiques 2014 : la première partie rend compte des candidatures reçues cette année, alors que la seconde est dédiée à la description chiffrée de la population de notre IHP en 2014.

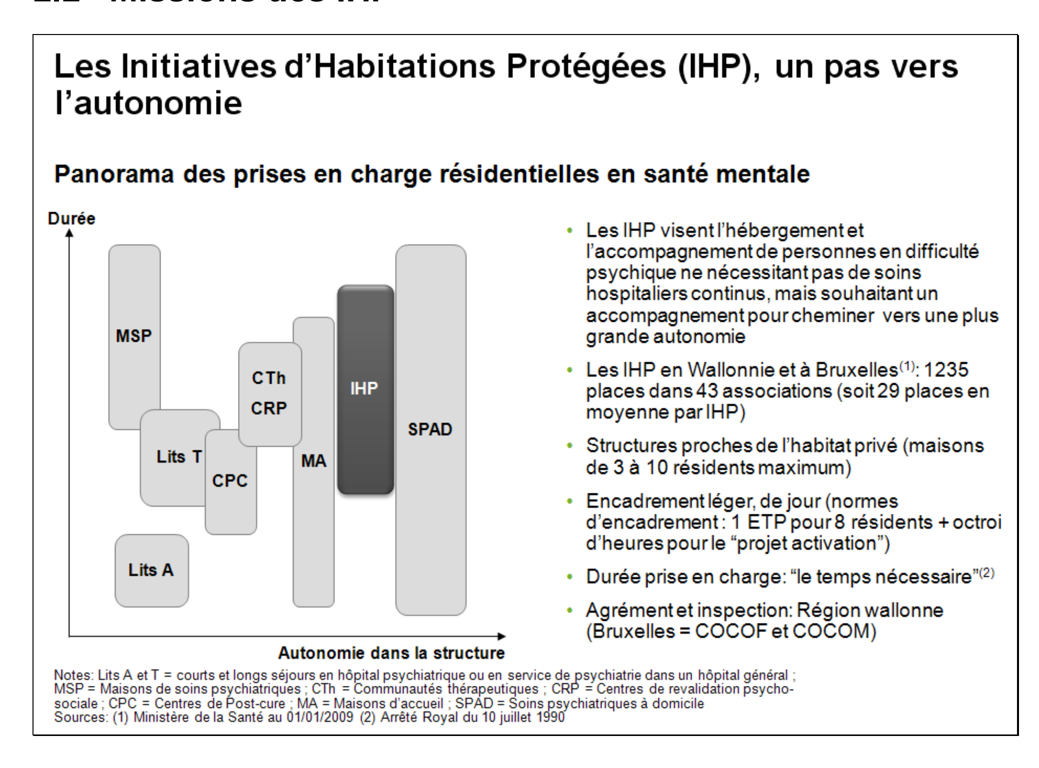
Dans le chapitre 4, nous proposons de faire le point sur le déroulement des séjours, notamment à travers certains thèmes qui ont marqué nos réunions.

Le chapitre 5 trace le contour des activités et ateliers instaurés cette année et tente d'en définir la place dans notre travail quotidien.

Enfin, avant de conclure et de faire part de nos perspectives pour 2015, nous évoquons dans le chapitre 6 les rencontres et conférences qui ont pu avoir effet de formation pour l'équipe.

Chapitre 1 : Contexte structurel

1.1 Missions des IHP



« Les membres du personnel attachés à l'habitation protégée, dont la présence continue n'est pas exigée, ont une mission d'encadrement, axée essentiellement sur le développement maximal de l'autonomie individuelle des habitants.

La tâche visée doit, entre autre, comprendre les activités suivantes :

1° apprendre des aptitudes sociales;

2° apprendre des aptitudes administratives, par ex. en ce qui concerne la gestion de l'argent;

3° organiser et stimuler l'occupation du temps de façon utile;

4° améliorer les contacts des habitants avec leur milieu d'origine »[1].

[1] Art. 10 §1 et §2 de l'Arrêté Royal du 10.07.90

1.2 Sources de financement

Subsides

L'INAMI et la Santé Publique subsidient les initiatives d'habitations protégées à hauteur d'un « équivalent temps plein » (1 ETP) pour huit résidents. Ces subsides couvrent donc, dans le cas de l'Ancrage, la masse salariale de trois « équivalents temps plein » (3 ETP) qui constituent l'équipe thérapeutique. A ceux-ci s'ajoute l'équivalent d'un ¾ temps (0,75 ETP) subsidié dans le cadre de la « fonction activation »[2].

Les participations mensuelles payées par les résidents et le prix de journée alloué par l'INAMI et le SPF couvrent les frais de location des bâtiments, les salaires du coordinateur médical, de l'employée administrative et de l'ouvrier de maintenance, ainsi qu'une partie des frais de fonctionnement.

Par ailleurs, nous avons eu la chance d'obtenir depuis 2012 un ½ temps (0,5 ETP) « Maribel social » à durée indéterminée.

Enfin, des subsides obtenus de façon ponctuelle nous permettent de mener à bien certains projets.



En 2014, nous avons obtenu le soutien financier de la Région wallonne pour l'organisation de 12 séances d'atelier vidéo (2.750€). Le SPF nous a également permis d'organiser quelques séances supplémentaires grâce au financement de la prise en charge des patients internés. Enfin, leur apport financier nous a également permis d'organiser un atelier peinture.

[2] « Fin mars 2006, le Moniteur belge a publié une modification de l'arrêté royal relatif au financement des initiatives d'habitations protégées. Cet arrêté royal adapte l'indexation de référence des montants forfaitaires, établit une nouvelle prise en compte de l'ancienneté barémique du personnel et organise le financement des mesures de fin de carrière. Par ailleurs, l'arrêté royal instaure l'organisation de l'activité journalière des résidents en initiative d'habitations protégées. Il s'agit d'une forme de généralisation, à l'ensemble des IHP, de l'activité des anciens projets pilotes « activation ». Ce texte définit l'activité journalière comme : « l'encadrement et l'accompagnement des patients dans des activités visant la formation, les activités sociales et culturelles, les activités occupationnelles ou la réinsertion socioprofessionnelle des bénéficiaires » (issu du Rapport d'activités 2006 de la F.I.H., p.62)

Agrément

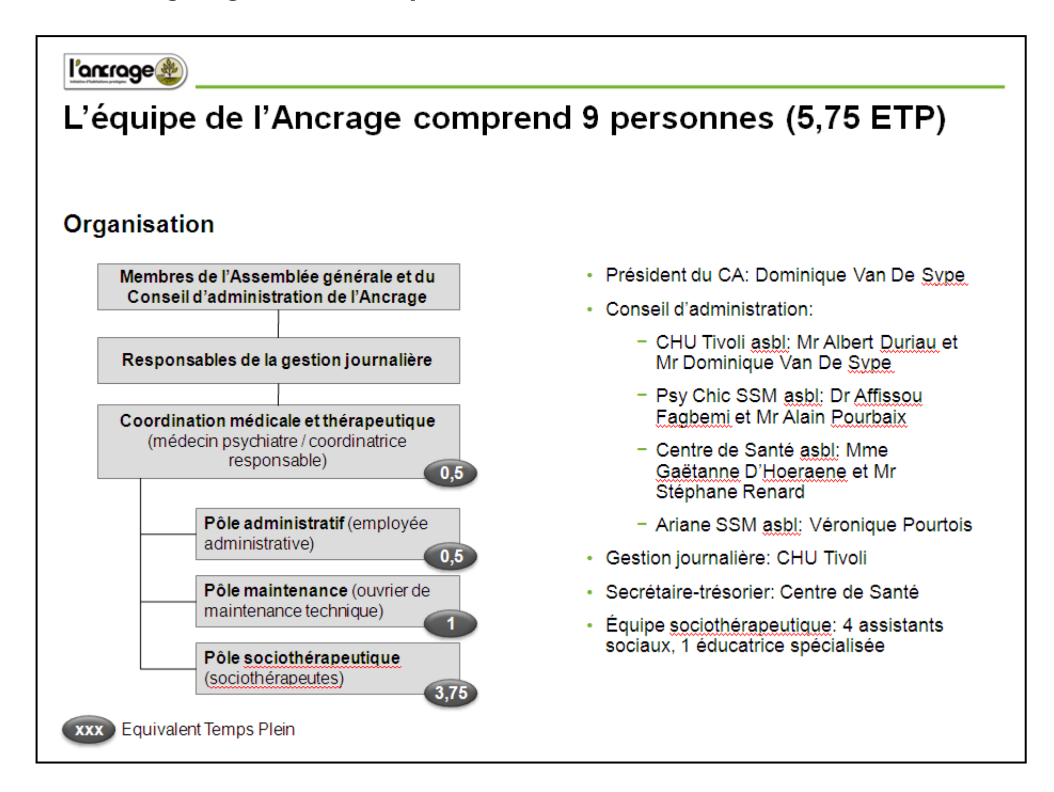
Les 24 places agréées[3] dont dispose l'Ancrage sont réparties sur cinq sites.

Trois maisons sont situées rue Hamoir à La Louvière et peuvent accueillir 14 résidents en chambres communautaires. Une autre maison, également établie à La Louvière, comprend 3 appartements. Quant à la cinquième maison, elle dispose de 7 places en studios ou chambres communautaires à Houdeng-Aimeries.

Les bâtiments qu'occupe l'asbl appartiennent au CHU Tivoli, le centre hospitalier en charge de la gestion journalière de l'Ancrage.

1.3 Organisation structurelle

1.3.1 Organigramme et répartition des ETP[4]



[3] L'Arrêté Royal qui fixe les normes d'agrément des Initiatives d'Habitations Protégées est l'A.R. du 10.07.90. L'agrément relève de la Région wallonne.
[4] ETP = « Equivalents temps plein »

1.3.2 Gouvernance

Conseil d'administration

Le Conseil d'administration de l'Ancrage est composé de :

- L'asbl Centre Hospitalier Universitaire de Tivoli
- Psy Chic SSM asbl
- Ariane SSM asbl
- L'asbl Centre de Santé

Gestion journalière

La délégation journalière de l'association est confiée au CHU Tivoli.

Chapitre 2: Ethique et orientation clinique

2.1 Ethique et orientation clinique

L'équipe de l'Ancrage tente de s'orienter du courant de la « psychothérapie institutionnelle » aussi bien que de la « pratique à plusieurs » chère à la psychanalyse lacanienne (Ecole de la Cause Freudienne). A l'Ancrage, le travail clinique s'élabore ainsi au quotidien à partir du lien créé avec les résidents, de même qu'en référence à nos lectures, nos rencontres inter-institutionnelles, et l'expérience de chacun.

Cette orientation, qu'il nous plaît de nommer « Clinique du quotidien » donne lieu à une éthique de travail et à un positionnement particulier dans la relation au sujet plus qu'à une « méthode » : l'orientation est une boussole, pas un mode d'emploi !

2.1.1 Psychothérapie institutionnelle et pratique à plusieurs

Psychothérapie institutionnelle : « soigner l'institution »

La psychothérapie institutionnelle est un aménagement de l'institution qui permet de tenir compte des difficultés inhérentes à la psychose. L'offre de parole et la responsabilisation du sujet sont au cœur du travail thérapeutique qui s'organise autour de la vie quotidienne. Quant à ce que l'on entend par « il faut soigner l'institution », cela relève d'une prise en compte de la dimension institutionnelle et d'un questionnement de celle-ci : « d'une certaine façon, ce qui signe un fonctionnement de psychothérapie institutionnelle, c'est que rien ou presque n'y fonctionne comme une évidence définitive »[5].

Pratique à plusieurs : les conditions d'un partenariat

Pour Bernard Seynhaeve, directeur du Courtil (institution pour jeunes psychotiques située à Leers-Nord et qui travaille sur le modèle de la pratique à plusieurs), « la pratique à plusieurs est un concept nouveau et singulier qui définit la position des intervenants de l'institution. Elle parie sur les découvertes et les inventions de chacun, tant de la part des patients que des intervenants. Elle accueille le savoir qui émerge dans le temps de la création. Le « savoir ne pas savoir » (…) constitue à cet égard une des conditions nécessaires mises en valeur par l'institution pour que puisse émerger la construction et l'invention du sujet (…) Le fonctionnement est pensé dans

[5] de Coninck, F. et l'équipe du Wolvendael, *Un lieu, un temps pour accueillir la folie : une expérience de communauté thérapeutique*, collection Empan, éditions Erès, 2008, p.26

une logique de partenariat avec le sujet pour tenter de dire que non à la jouissance, pour que se tisse une forme de lien social »[6].

Dans cette configuration, « chaque intervenant, quels que soient sa formation et son statut dans l'institution, peut être mis à n'importe quel moment en demeure de trouver la réponse et la modalité d'énonciation qui conviennent, sans que cette réponse soit déductible ni de la discipline dans laquelle il a effectué ses études, ni des prescriptions hiérarchiques. Il n'est pas simplement le dépositaire d'un savoir-faire, spécialiste d'une technique et enjoint à exercer une fonction précise : il est le partenaire d'un lien (…)[7] Ainsi, face à tout ce qu'il y a à interroger, à apprendre ou à reformuler, les savoir constitués, les titres et les diplômes (…) s'en trouvent fortement relativisés. C'est moins d'un savoir déjà là qu'il s'agit que d'un savoir à élaborer (…) Etre, entre praticiens, dans une position non hiérarchisée a priori quant au savoir, se répercute en un partage de la même responsabilité : celle de la réponse à inventer et du type d'accompagnement à assurer »[8].

De cette nécessaire position de non-savoir émane donc un dispositif qui la sert : une organisation « horizontale » de l'équipe thérapeutique, qui permet au sujet « de nouer un lien avec l'interlocuteur de son choix, lieu d'adresse où il ne lui est pas répondu par des idéaux ou des exigences, (…) mais par une écoute et un accompagnement qui ne sont conditionnés par aucun critère de progrès ou d'évolution »[9].

2.1.2 Notre pratique institutionnelle[10]

L'Ancrage articule « un certain traitement » autour de la vie quotidienne et de la régulation qui peut en émaner pour le sujet, de la même façon que les courants de la psychothérapie institutionnelle et de la pratique à plusieurs. Plus qu'une orientation de travail, c'est une position éthique dont il s'agit. Les paragraphes qui suivent tentent d'en décrire les contours et de mettre en évidence les implications concrètes de cette position au quotidien.

---

[6] Seynhaeve, B., in « Essaim de S1 » (Editorial), Les stratégies de la psychanalyse dans les institutions, *Les Feuillets du Courtil* n°23, juin 2005

[7] Zenoni, A., *L'Autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique,* Toulouse, Collection Point Hors ligne, Editions Erès, 2009, p.13

[8] *Ibidem*, p.23

[9] *Ibidem,* p.38

[10] Dans ce chapitre sont repris des passages de l'exposé de Céline Danloy présenté lors de la journée d'étude « Dépendances et Précarités », organisée par le secteur « Toxicomanies » de la Fédération des structures psycho-socio-thérapeutiques, en abrégé FSPST (atelier « Et après ? », La Marlagne, le 3 décembre 2009)

Le lien social, au cas par cas

L'accompagnement que l'on propose est un accompagnement au cas par cas. Il peut être social, administratif, de soutien par rapport aux tâches quotidiennes (courses, repas, etc.), mais dans tous les cas, cet accompagnement est toujours envisagé au-delà de son aspect strictement pragmatique et se fait toujours en regard de ce que l'on connaît du patient. « Pas sans la clinique », pourrait-on dire ! Ainsi, une grande attention est portée au parcours subjectif des résidents et nous essayons au maximum de respecter leur rythme. Le Président de la Fédération Francophone des IHP, Thierry Van de Wijngaert[11] écrivait à ce propos dans un des numéros de *Confluences*, qu'« accompagner, c'est favoriser la création de liens nécessaires au sujet et non l'acquisition d'une sociabilité normée (…) Il n'est pas ici question de guérison et très peu d'apprentissage, mais d'aménagement d'un quotidien en tenant compte du rapport de chacun au monde ».

Il s'agit donc bien, dans cet accompagnement, de viser le lien social, de faire en sorte, comme le décrit le Wolvendael[12] dans un livre à propos de leur pratique institutionnelle : « de créer un lieu où le résident puisse à la fois trouver sa place et permettre à l'autre d'en occuper une… à savoir à la fois un lieu pour tous et un lieu pour chacun ». Il s'agit donc d'une certaine façon, de « créer de l'autre », pour ces sujets bien souvent (mais pas uniquement) psychotiques, pour lesquels un « savoir-faire avec l'autre » reste à inventer.

Tenir compte de la difficulté que ces sujets ont à « y faire avec l'autre » n'est pas sans incidence sur les modalités de l'accompagnement que nous leur proposons, comme l'explique Grégoire Rodembourg[13], psychologue à La Louvière : « Les patients qui vivent dans les marges du lien social mettent en place des stratégies de survie paradoxales afin de ne plus souffrir (…) Ce refus radical de ce qui vient de l'Autre est au cœur de la problématique de nos patients (…) Notre première intention est donc de tenter de recréer un lien qui ne soit pas intrusif : un lien pacifié, tranquille, sans exigences particulières afin de permettre au sujet de s'exprimer et d'être reconnu pour ce qu'il est et dans ce qu'il fait (…) Il ne s'agit donc pas de proposer des solutions, ou encore moins d'imposer des points de vue visant à convaincre de faire telle ou telle chose, mais d'ouvrir un espace de ren-

---

[11] Van de Wijngaert, T. L'autonomie en question : spécificités de l'accompagnement en IHP, *Confluences n°18*, décembre 2007, pp.6-7

[12] de Coninck, F. et l'équipe du Wolvendael, *Un lieu, un temps pour accueillir la folie : une expérience de communauté thérapeutique*, collection Empan, éditions Erès, 2008, p.32

[13] Rodembourg, G. Un psychologue en rue : pour quoi faire ? *Confluences n°25,* décembre 2010, pp.16-17

contre au sein duquel quelque chose de nouveau, une autre façon de faire avec son corps, les autres, le monde, puisse advenir. Dans ce nouvel espace relationnel, la rencontre opérée entre le sujet et l'Autre pourra lui ouvrir de nouvelles possibilités de choix et d'autres modalités de traitement de la pulsion qui le ravage (…) ».

Le cadre de notre pratique communautaire

Nous ne pouvons pas nous soustraire aux questionnements induits par l'aspect à la fois collectif et individuel de la prise en charge institutionnelle. Une des questions essentielles à cet égard est celle de la construction du « cadre » de la vie communautaire et surtout, la façon dont nous le soutenons au quotidien auprès des résidents.

En effet, comme le dit Alfredo Zenoni[14], « à l'instant même où nous faisons une place à la particularité d'une souffrance ou d'une construction, nous avons aussi le souci des conditions institutionnelles qui peuvent assurer cette place, ou à tout le moins la rendre vivable pour les autres. La cohabitation à plusieurs (…) n'est pas sans poser les questions d'une régulation minimale.

(…) La question de cette régulation est souvent confondue d'une manière réductrice avec le « cadre » d'un règlement (…) « Dire non » à la jouissance de l'Autre n'exige ni de supprimer toute règle ou tout interdit, ni au contraire, d'incarner la loi ou la fonction paternelle. Cela implique, plutôt, de présentifier un Autre qui soit lui-même « réglé » ; d'énoncer ou de rappeler une règle qui règle l'Autre lui-même, fût-il l'ensemble de l'équipe ou un membre de l'équipe, voire d'inventer la « règle » qui permet d'envisager l'exception (…) Cela n'a cependant pas pour visée de discipliner le sujet, mais de le référer à un dire qui dit non à la jouissance, plutôt qu'à une règle qui exprime la volonté de l'Autre ».

A cet égard, lors d'une rencontre inter-institutions[15], David Dermaux évoquait la présence d'un cadre en « pointillés » dans l'institution dans laquelle il travaille, insistant sur la nécessité de celui-ci pour réguler la vie en collectivité, à condition qu'il ne soit pas pris du côté moralisateur (« c'est pour ton bien »).

---

[14] Zenoni, A., *L'Autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique,* Toulouse, Collection Point Hors ligne, Editions Erès, 2009, pp.25-28

[15] Rencontre avec l'équipe des Bambous en juillet 2009 (Centre de jour situé à Tournai). David Dermaux y est responsable thérapeutique.

Par ailleurs, si le cadre est une nécessité clinique, « l'institution doit aussi pouvoir offrir une réponse à la mesure de ce qui angoisse le sujet[16] » : celui-ci pourra d'autant mieux s'inscrire dans le cadre de la structure s'il est accompagné par rapport à ses difficultés.

De la même façon, notre « règlement d'ordre intérieur » tient lieu de tiers lorsque la clinique l'exige (celui-ci est détaillé plus loin), et ne s'inscrit aucunement dans une tentative quelconque de discipliner le sujet : il s'agit plutôt de s'en servir pour trouver une voie d'apaisement dans la relation à l'autre. Les questions qui tournent autour de son application restent d'ailleurs toujours vives au sein de l'équipe, favorisant un recours calculé à celui-ci.

Si un cadre minimal doit exister, il est donc impératif qu'il s'articule avec une éthique de travail. « Utilisé comme outil dans le transfert au quotidien, comme garant du non arbitraire de l'équipe, (…) il constitue essentiellement un point d'appui au travail clinique avec le sujet, à partir de ce qui est en jeu pour lui dans le lien social (…) Il est un élément dont l'équipe peut se servir pour parer aux conséquences mortifères de la psychose : les passages à l'acte, l'hallucination, le délire, mais aussi les signes plus discrets, comme le « collage » à un autre résident ou à son conjoint, l'alcoolisation, l'impossibilité de respecter une règle sans qu'elle ne soit incarnée »[17].

Ce que vise notre éventuel rappel de la règle, c'est donc la jouissance. Mais pas au prix du sujet… l'affaire pouvant se résumer comme suit : il s'agit pour nous de dire « non » à la jouissance, mais de dire oui au sujet.

Un idéal institutionnel : la voix/voie du sujet

« Les résidents, il faut savoir leur foutre la paix, mais sans les laisser tomber »[18]. Voilà qui résume très bien la façon que nous avons d'envisager notre place vis-à-vis des résidents à l'Ancrage. En effet, nous avons l'idée, malgré les « missions d'autonomisation qui sont les nôtres », que ce n'est pas à nous de formuler un désir à l'endroit du sujet : nous sommes là pour l'accompagner dans sa relation à l'autre et dans les demandes qu'il nous adresse. « Nous abordons les gens avec l'idée que nous ne savons pas

---

[16] Aucremanne, J.-L., Intervention lors d'un cours sur les dépendances donné dans le cadre du post-master interuniversitaire de l'ULB « Certificat en Cliniques psychothérapeutiques » d'orientation psychanalytique, 2011

[17] Collectif de la Fédération Francophone des Initiatives d'Habitations Protégées (FFIHP), sous la direction de Van de Wijngaert Th. & de Coninck F., Le rapport au contrat : fonction structurante du cadre et nécessité de souplesse ? *in L'autonomie en question. Lien social et santé mentale, Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française n°25,* 2009, pp.59-66

[18] Oldenhove, E., Conférence aux Cliniques de l'Europe, 2009

mieux qu'eux ce dont ils ont besoin, mais au contraire en supposant qu'ils le sachent eux-mêmes plus ou moins (…) »[19].

Si nous adoptons cette position, c'est qu'elle n'est pas sans incidence sur le sujet et son désir : non seulement elle conditionne la relation de partenariat que nous cherchons à établir avec le résident, mais c'est aussi ce qui permet de faire levier dans le travail d'accompagnement.

En effet, « que se passe-t-il si l'ensemble institutionnel qui accueille la demande y répond de telle sorte que le sujet ne sache pas quels sont le projet, le but et la finalité qui motivent cet accueil ? Que peut-il se passer si, au champ de la réponse à sa demande, le sujet rencontre non pas un vide total – car il y rencontre beaucoup de gens et beaucoup de choses – mais un vide central à l'endroit où le projet et l'idéal viendraient de la part de l'Autre (…) ? Le vide qu'il rencontre à la place de l'idéal institutionnel se répercute en une question (…) Ainsi, il ne s'agit pas de vérifier si la motivation du sujet correspond bien au projet de l'institution, mais de laisser au sujet l'élaboration de la cause de sa venue. De cette façon, le sujet cède un peu sur sa position de fermeture »[20].

Notre position éthique consiste donc à tenter de convoquer le sujet à prendre une place, à parler en son nom, même à minima. Cela signifie se tenir à l'écart du « ça pense pour l'autre » et cela demande à l'équipe de ne pas se positionner en maître mais de se laisser, au contraire, enseigner par le sujet. Ainsi, il s'agit plus de se faire partenaire des élaborations de chacun que de vouloir mettre en œuvre un projet à tout prix. Et c'est à travers ce qu'il se passe au présent et de ce qu'en dit le sujet, que nous tentons d'élaborer avec lui un « savoir-faire ».

Une clinique vivante : réunion clinique ou « clinique de la réunion » ? [21]

Si nous tâchons dans notre pratique, de multiplier les occasions de rencontre avec nos résidents, nous essayons également de proposer des espaces de réflexion et de favoriser les échanges cliniques entre les membres de l'équipe. Ces échanges sont le cœur même du travail avec les résidents car c'est à travers ceux-ci que l'équipe construit, sous forme

[19] Rodembourg, G. Un psychologue en rue : pour quoi faire ? *Confluences n°25,* décembre 2010, pp.16-17

[20] Zenoni, A., *L'Autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique,* Toulouse, Collection Point Hors ligne, Editions Erès, 2009, pp.54-56

[21] Selon une expression de Manuel Fernandez Blanco dans Réunion clinique et réel, *Clinique et pragmatique de la désinsertion en psychanalyse, Mental n°24,* Avril 2010, FEEP, pp.124-125

« d'aller-retour » avec ce qu'il se passe sur le terrain, les modalités de l'accompagnement de chacun d'entre eux.

C'est à ce travail d'élaboration vivace que sont dédiées les réunions cliniques hebdomadaires, les séances de supervision[22], les réunions institutionnelles ponctuelles, de même que les conférences et autres rencontres inter-institutions ayant toujours pour effet une relance dans le questionnement de notre pratique, cette relance constituant ni plus ni moins le fondement de celle-ci.

Dans ce cadre, les réunions cliniques hebdomadaires ne sont donc pas à voir comme un strict échange d'informations mais bien comme un lieu de conversation dans lequel « aucune vérité dernière n'est énoncée »[23]. En effet, « dans les institutions qui s'orientent de la psychanalyse, on ne réduit pas le symptôme à un simple dysfonctionnement, mais on lui donne droit de cité, tout en soulignant que le symptôme, aussi indispensable soit-il pour le résident, devra se laisser « limiter » par le rapport aux autres, résidents et personnels. Le but des réunions est donc d'opérer prudemment, en tenant compte de la problématique des personnes accueillies, de la circulation du désir, de la localisation de la jouissance, plutôt que de vouloir les rendre conformes à une norme, aptes selon une évaluation socialement acceptée (…) S'orienter de la psychanalyse, c'est donc porter une attention à l'articulation des désirs, à la précision qu'il faut maintenir dans le rapport des résidents au petit autre et au grand Autre, à l'attention nécessaire au personnel pour repérer la problématique lors d'un surgissement d'angoisse, à l'attention, encore, portée aux expressions symptomatiques qui pourraient être dirigées vers d'éventuelles valorisations personnelles »[24].

C'est aussi, en quelque sorte, faire attention à ne pas verser dans une défense courante que Manuel Fernandez Blanco[25] appelle le « fantasme institutionnel », à savoir le discours institutionnel unifiant : « Quand, dans une réunion clinique, nous parlons d'hystérie en nous référant à un cas, nous produisons inévitablement un effet de standardisation et de dilution de ce qui est le plus particulier du symptôme. Un effort permanent est nécessaire pour ne pas réduire le symptôme à sa catégorie. C'est seulement de cette façon qu'on peut cerner le réel en jeu, le plus singulier de la jouissance

[22] L'usage de la supervision est commenté dans le chapitre 6

[23] Holvoet, D., Leçons des pratiques de réunions cliniques au Courtil, *Clinique et pragmatique de la désinsertion en psychanalyse, Mental n°24,* Avril 2010, FEEP, p.118

[24] Di Ciaccia, A., La pratique des réunions cliniques et la cartographie du réel, *Clinique et pragmatique de la désinsertion en psychanalyse, Mental n°24,* Avril 2010, FEEP, p.119

[25] Fernandez Blanco, M., Réunion clinique et réel, *Clinique et pragmatique de la désinsertion en psychanalyse, Mental n°24,* Avril 2010, FEEP, pp.124-125

d'un sujet. Si nous voulons obtenir des effets qui ne soient pas ségrégatifs, il s'agit donc de s'intéresser à la clinique de la réunion, plus qu'à la réunion clinique, parce que si le discours institutionnel aliène, le réel lui, résiste à la classification (…) C'est pourquoi la conversation doit s'organiser autour d'un trou central où le savoir est en suspens, ce qui permet de se laisser enseigner par la fonction que le symptôme remplit dans chaque cas (…) Cette clinique est la meilleure garantie contre le fantasme de l'institution, étant donné que chaque fois qu'il y a surprise, chaque fois qu'il y a effet sujet, se produit la sortie du discours institutionnel avec des conséquences déségrégatives ».

Dans ce cadre, Dominique Holvoet[26] va même jusqu'à se demander « comment créer les conditions pour que dans la pratique à plusieurs, plus d'un soit conduit sur le chemin de l'analyse plutôt que d'être conduit à laisser son symptôme se déchaîner dans l'institution ». Cette question rejoint celle, plus large, d'Antonio Di Ciaccia[27], sur les « conditions de possibilité pour qu'il y ait des institutions qui soient en consonance avec la position subjective du sujet ».

Comme on peut le voir, s'orienter du réel génère donc bien plus de questions que de réponses toutes faites, mais c'est à cette seule condition que pourra émerger « dans le collectif, un effet singulier »[28].

Nous retiendrons en tout cas que « dans ces réunions, ce n'est pas tant le résident qu'il nous faut faire « avancer », que chacun de nous dans l'appréhension de l'énigme qu'il nous pose »[29].

2.2 Le cadre

De notre éthique et de notre orientation de travail découlent quelques dispositions concrètes, contribuant à baliser le séjour... « en pointillés ».

[26] Holvoet, D., Les régimes du savoir dans les réunions clinique (débat), *Clinique et pragmatique de la désinsertion en psychanalyse, Mental n°24,* Avril 2010, FEEP, p.132

[27] Di Ciaccia, A., Les régimes du savoir dans les réunions clinique (débat), *Clinique et pragmatique de la désinsertion en psychanalyse, Mental n°24,* Avril 2010, FEEP, p.135

[28] Fernandez Blanco, M., *Ibidem*, p.123

[29] Holvoet, D., *Ibidem*, p.118

2.2.1 Le public cible et les conditions d'admission

Public cible

L'Ancrage accueille des personnes en souffrance psychique qui ne nécessitent pas de soins hospitaliers continus, mais souhaitant un accompagnement pour cheminer à leur rythme vers une plus grande autonomie. L'institution est ouverte aux personnes qui présentent une dépendance à l'alcool ou/et aux drogues, avec ou sans « double diagnostic », pour autant qu'elles aient effectué une postcure complète et soient sevrées lors de leur entrée. Nous accueillons aussi des patients qui relèvent de la Commission de Défense Sociale.

Nous refusons les personnes qui présentent un profil psychopathique ou gravement caractériel, qui dénient leur dépendance à un produit ou l'importance d'actes graves qu'elles ont commis. Nous refusons également les patients en état de crise et les candidats présentant un handicap mental sévère.

Conditions d'admission

Nous travaillons sur candidature, pas sur ségrégation : nos exigences relèvent de la rencontre et des conditions qui la rendent possible, pas de l'objectivable. Lors des entretiens de candidature, l'équipe tente donc de cerner si les modalités d'accompagnement et d'encadrement que propose l'Ancrage peuvent « faire rencontre », en regard de ce qu'amène le candidat.

Concrètement, l'équipe est attentive à l'état de stabilisation du sujet, à son parcours institutionnel, à la manière dont il s'approprie la demande de venir en IHP, à la façon dont il est susceptible d'investir l'équipe et à ce qu'il en attend. Son degré d'autonomie à l'entrée est également important, l'encadrement de l'Ancrage étant léger. Certains candidats ont vécu très longtemps dans des institutions très « encadrantes » avec la présence continue d'une équipe. Il nous faut donc évaluer leur capacité à soutenir un passage dans un système où la présence de l'équipe est discontinue, ceci pouvant susciter beaucoup d'angoisse. L'équipe prend également en compte les repères thérapeutiques du candidat (suivi psychiatrique ou psychologique régulier), sa médication, ses liens familiaux et sociaux, son organisation journalière.

D'un point de vue administratif, le candidat doit avoir des revenus suffisants pour subvenir à ses besoins quotidiens, être en ordre de mutuelle, payer sa

participation mensuelle et sa garantie (ou la constituer dans un délai raisonnable.)

2.2.2 La procédure de candidature

La procédure de candidature prévoit trois rendez-vous : deux rencontres avec les membres de l'équipe et une troisième avec le psychiatre, moyennant l'envoi préalable d'un rapport médical. La demande est ensuite exposée et discutée lors de la réunion d'équipe du vendredi matin, en présence du psychiatre et de la coordinatrice.

Le candidat accepté est inscrit sur la liste d'attente lorsqu'il téléphone pour connaître la décision de l'équipe. Dès qu'une place est disponible, nous le contactons afin de lui proposer une visite des lieux et une rencontre avec ses co-locataires. Si les conditions administratives sont en ordre, l'équipe lui fixe une date d'entrée.

Il arrive que des candidatures s'étendent sur plusieurs mois. Généralement, il s'agit de personnes qui ne peuvent quitter la structure d'origine sans une autorisation préalable (milieu carcéral, établissement de défense sociale), qui ne se sentent pas prêtes à entrer ou pour lesquelles une place ne s'est pas encore libérée à l'Ancrage. Dans ces cas, l'équipe tend à donner des rendez-vous intermédiaires ou fixe des « après-midis de rencontre » avant l'entrée, de façon à maintenir le lien et à préparer l'entrée.

2.2.3 L'accueil et l'entrée

Au terme de la candidature, l'équipe désigne un « référent d'entrée » chargé de s'occuper de toutes les modalités de préparation de l'entrée (contacts avec le CPAS, l'administrateur, la structure d'origine, etc.)

La coordinatrice accueille le résident à son arrivée et remplit avec lui tous les documents administratifs nécessaires (convention de séjour, état des lieux, règlement d'ordre intérieur, etc.)

2.2.4 La période d'essai

Nous ne pouvons pas toujours déterminer parmi les candidats acceptés, ceux pour qui l'adaptation à l'Ancrage sera possible. Malgré les modalités de préparation que l'équipe met sur pied, l'angoisse du résident peut être trop importante pour qu'il puisse poursuivre son séjour. La question centrale reste la capacité du résident à pouvoir faire face à lui-même dans une institution où la présence réelle de l'équipe n'est pas permanente. Qu'il désire fortement quitter l'hôpital et tenter une vie plus ou moins autonome ne suffit pas à lui en donner les moyens. La période d'essai est donc un temps

nécessaire au résident et à l'équipe pour se faire une idée de l'opportunité du projet HP entamé.

Concrètement, lors de la première semaine du séjour, le médecin rencontre le résident afin d'évaluer sa situation médicale, de faire le point sur le suivi médical extérieur et d'établir le scénario de crise. Le résident effectue un mois de séjour à l'essai, renouvelable trois fois. Cet essai permet au résident de trouver ses repères, de rencontrer les membres de l'équipe et d'instaurer avec eux un lien transférentiel. L'équipe, de son côté, peut évaluer les capacités d'autonomie de la personne, ses besoins et peut affiner l'orientation du travail qui sera poursuivi avec elle.

Au terme du mois d'essai, le résident rencontre son référent afin de faire un bilan des difficultés et des éléments positifs du séjour. Le référent présente ce bilan en réunion et l'équipe décide si le résident poursuit son séjour ou s'il faut le réorienter. Si l'essai est concluant, le résident peut signer une convention de six mois. En principe, le séjour du résident s'effectue dans la continuité de l'essai, sans interruption. La période d'essai peut cependant être prolongée au-delà d'un mois lorsqu'elle n'est pas suffisante pour décider de l'opportunité d'un séjour.

2.2.5 Les renégociations de la convention de séjour

Les moments de renégociation viennent rappeler aux résidents que le séjour à l'Ancrage est transitoire même si sa durée n'est pas déterminée avec précision. Ils ponctuent six mois d'accompagnement au terme desquels l'équipe discute du sens du séjour du résident. Tous les six mois, le résident fait le point avec son référent sur l'évolution de ses « projets » depuis son entrée, sur les difficultés vécues dans la maison et à l'extérieur, et sur ses attentes par rapport à l'encadrement de l'Ancrage. Ce procédé implique une rencontre obligatoire avec l'équipe, rencontre au cours de laquelle on rappelle au résident le fil de son séjour.

Le référent rend compte de ce « bilan » lors de la réunion clinique, en prenant soin de resituer celui-ci dans un contexte chronologique plus large. Il s'agit de reconstituer le parcours de vie du résident au-delà de son simple séjour dans l'institution. De cette façon, l'équipe peut sortir d'un point de vue purement séquentiel et donner un tout autre éclairage à des événements survenus au cours du séjour. Ceci permet par exemple de mettre en évidence des éléments de répétition ou de relever des « bougés » dans la position d'un résident, dans son rapport avec les autres, etc. Cela permet également de tenter une construction de la logique du cas et d'envisager

autrement nos interventions en comprenant mieux ce qui est en jeu pour tel résident dans telle situation, en rapport avec son histoire.

2.2.6 Le règlement d'ordre intérieur

Faire référence à des règles auxquelles chacun est soumis permet de ne pas être un « Autre capricieux » qui impose sa propre loi selon son bon vouloir : si nous interpellons un résident par rapport à une transgression, ce n'est pas parce que « nous ne l'aimons pas », c'est parce que le règlement existe et nous impose de le faire. Ce règlement fait tiers. Il nous donne la possibilité de sortir des rapports duels dans lesquels certains sont sympto-matiquement pris avec nous. Néanmoins, l'équipe reste attentive à ce que le règlement ne sclérose pas l'accompagnement des résidents, c'est-à-dire à ce que celui-ci ne soit pas pris au pied de la lettre et empêche les travail-leurs d'être réceptifs à la créativité des résidents.

Depuis le départ, le contenu et la formulation du R.O.I. sont régulièrement retravaillés lors de nos réunions institutionnelles. Ainsi, depuis 2007, l'équipe maintient un interdit strict de la consommation à l'intérieur des maisons. Quant à la consommation extérieure, elle entraîne des réactions différentes selon le cas de chaque résident. Dans certains cas, l'équipe peut avoir recourt à divers outils, dont l'avertissement. Trois avertissements successifs entraînent une rupture de convention. Ce traitement au « cas par cas » n'est pas toujours aisé à comprendre par les résidents car il peut leur donner l'impression que la règle n'est pas la même pour tout le monde. Néanmoins, à la lettre l'équipe privilégie l'esprit…

La détention d'animaux domestiques a été interdite dès le début de l'Ancrage. Cependant, dans certaines maisons, les résidents avaient adop-té des chats avant la constitution de l'IHP. Devant la demande répétée des nouveaux résidents, l'équipe a concédé qu'un et un seul chat puisse être accueilli dans chaque maison pour autant que la collectivité en assure la responsabilité. L'équipe observe d'ailleurs que cet animal peut avoir une fonction de lien au sein d'une maison, de même que sa présence peut s'avérer être sécurisante pour certains résidents.

Chapitre 3: L'année 2014 en chiffres

3.1 Statistiques relatives aux candidatures 2014

3.1.1 Introduction

Combien de candidats recevons-nous chaque année ? Quelle est la proportion de candidatures qui aboutissent ? D'où viennent les personnes qui posent leur candidature ? Emanent-elles toujours du même type de structures ? Qui sont nos partenaires institutionnels ?

C'est à ces questions que nous avons tenté de répondre à travers les données statistiques détaillées dans ce chapitre. Les points marquants qui en ressortent sont présentés ci-après.

3.1.2 Points marquants

Nous pouvons dire sur base des chiffres exposés pour 2014, que la majeure partie des candidats nous a été envoyée par le réseau de proximité.

Certains partenaires réguliers se dégagent, tels les hôpitaux psychiatriques Saint-Bernard, Les Marronniers, Le Chêne aux Haies, les centres de postcure Ellipse et Enaden, ainsi que la communauté thérapeutique La Traversière.

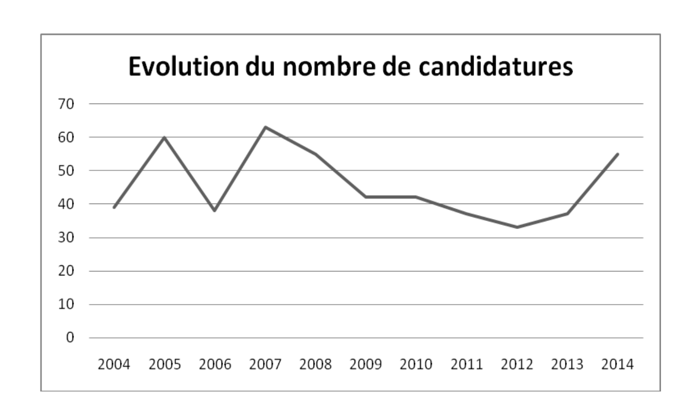
En 2014, les candidats sont majoritairement issus d'hôpitaux psychiatriques et de centres de postcure.

En tout, 11 candidats sont entrés cette année à l'Ancrage, ce qui représente 20% des candidatures réalisées en 2014. Quant au nombre de candidatures non poursuivies ou refusées, s'il est en légère baisse, il reste particulièrement interpellant.

Enfin, le délai moyen d'attente est plus ou moins stable puisqu'en 2014, il est de 4 mois, contre 3 mois et demi en 2013 (délai d'attente entre le premier rendez-vous et l'entrée du résident au sein de notre IHP).

3.1.3 Issue des candidatures

En 2014, l'équipe a rencontré 55 candidats. Ce chiffre a augmenté par rapport à 2013, cette augmentation étant certainement à attribuer à l'annonce de notre projet d'ouverture de nouvelles places.

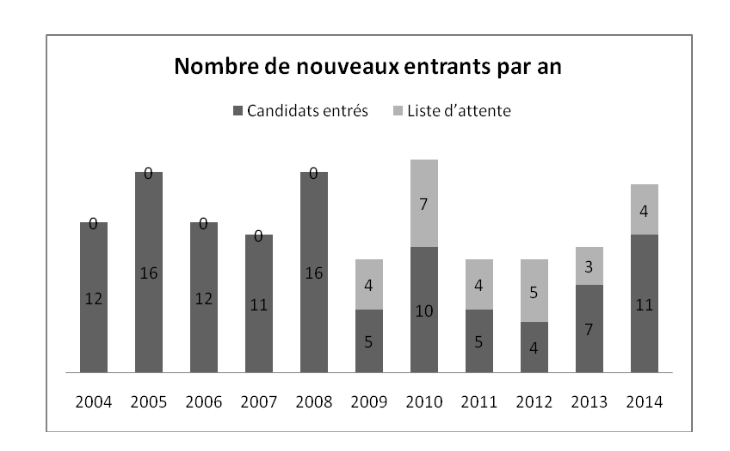


Comme le montre le tableau ci-dessous, la liste d'attente avec laquelle nous travaillons depuis 2009 reste effective malgré un nombre d'entrants plus important que les autres années.

	Acceptées	En cours	Non-poursuivies	Refusées	Total	Candidats entrés	Liste d'attente
2004	12	2	13	12	39	12	0
2005	18	7	23	12	60	16	0
2006	14	2	10	12	38	12	0
2007	17	5	28	13	63	11	0
2008	20	7	18	10	55	16	0
2009	11	4	14	13	42	5	4
2010	17	1	17	7	42	10	8
2011	9	8	22	2	37	5	4
2012	3	2	24	4	33	4	5
2013	10	2	11	14	37	7	3
2014	19	4	12	16	55	11	4

Depuis l'apparition d'une liste d'attente en 2009, le taux d'occupation reste stable et engendre un temps d'attente variable avant l'entrée. Le taux d'occupation a cependant légèrement chuté ces deux dernières années pour diverses raisons (exclusion de résidents, nombreux départs, report de l'admission pour raisons personnelles de candidats en attente, hospitalisations, etc.)

Quant au temps d'attente moyen observé en 2014, il est de 4 mois (temps écoulé entre le premier rendez-vous de candidature et l'entrée).



Sur 55 candidatures posées cette année, on note que 20% d'entre elles ont été acceptées et que 29 % ont été refusées par l'équipe.

Par ailleurs, pratiquement 21% des candidatures effectuées en 2014 n'ont pas été poursuivies, pourcentage légèrement inférieur à celui observé en 2013 (38%). Il reste cependant important. Si l'allongement du temps d'attente pour pouvoir entrer à l'Ancrage peut en partie expliquer le taux important d'abandon des candidatures en cours de procédure, la politique actuelle de diminution des durées d'hospitalisation peut également expliquer l'arrêt des démarches de certains candidats, l'équipe ayant déjà observé qu'une candidature a d'autant plus de chances d'aboutir que le patient bénéficie d'un encadrement institutionnel.

Nous pouvons résumer ces chiffres relatifs à l'issue des candidatures de la façon suivante : en 2013, 67% des candidatures étaient soit refusées, soit non-poursuivies. En 2014, ce chiffre a diminué à 50%.

3.1.4 Répartition géographique des candidatures

Comme on peut le voir dans le tableau présenté ci-après, l'origine des candidats est très diversifiée mais se concentre en grande partie dans la région du Centre (38%). Si on dénombre 31 villes d'origines différentes, 69% des candidats viennent malgré tout de la province du Hainaut. Il est à noter que le nombre de candidats de Bruxelles et du Brabant wallon est important cette année puisque 25% des candidats rencontrés en sont issus.

Hainaut occidental	2%
Région de Namur	5%
Brabant wallon	7%
Mons-Borinage	9%
Bruxelles	18%
Grand Charleroi	20%
Région du Centre	38%

L'Ancrage est donc bien implanté dans le réseau de proximité : à nous de continuer à alimenter et consolider les liens de collaboration avec nos partenaires.

3.1.5 Milieux d'origine des candidats

Hôpital psychiatrique	**21**	Saint-Bernard	10
		Chêne aux Haies	4
		Marronniers	4
		Clinique de Bonsecours	3
Centre de Post-cure	**11**	Ellipse	4
		Enaden	3
		L'Espérance	1
		Diapason SAS	1
		Transition	1
		La pièce	1
Domicile	**11**	Domicile	11
Communauté thérapeutique	**4**	Traversière	4
Hôpital général	**4**	VVG	2
		CHU Tivoli	2
		CHU Vésale	1
		Hôpital Saint-Michel	1
Maison d'accueil	**2**	Maison St-Paul	1
		Hôtel social	1
Prison	**1**	Prison de Mons	1
Autre	**1**	Autre	1

Une part importante des candidatures nous a été envoyée par des centres de postcure tels Ellipse et Enaden ainsi que par les Hôpitaux psychiatriques Saint-Bernard, Les Marronniers, Le Chêne aux Haies et la Clinique de Bonsecours. La Traversière et certains hôpitaux généraux ont également orienté des patients vers notre structure. Nous relevons également en 2014 onze candidatures de personnes venant directement de leur domicile.

3.2 Description statistique de la population de l'Ancrage

3.2.1 Introduction

Qui accueillons-nous ? Comment arrive-t-on chez nous ?

Les chiffres qui suivent permettent d'appréhender de façon concrète le profil de la population que nous accueillons au sein de notre IHP, et apportent quelques indices sur le parcours institutionnel des résidents. Ils permettent de mieux cerner les modalités de collaboration avec le réseau, mais éga-

lement de situer le rôle de l'IHP dans une temporalité bien plus large que la sienne propre.

3.2.2 Points marquants

Les chiffres relatifs à l'inscription sociale et au parcours institutionnel des résidents mettent en évidence, pour une majorité d'entre eux, la chronicité de leurs difficultés, que celles-ci soient d'ordre psychiatrique ou social.

Leur venue en IHP s'inscrit donc dans un suivi plus large, bien souvent au long cours, accompagné de signes de désinsertion (faible niveau d'études, place en marge de la vie active, manque de repères à l'extérieur de l'institution, importance des diagnostics psychopathologiques et fréquence des problèmes de dépendance).

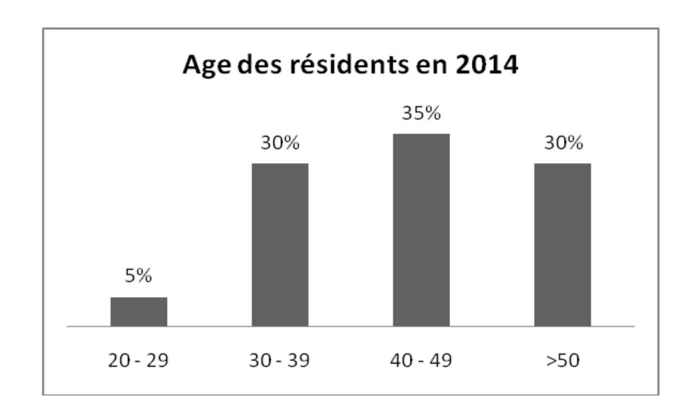
Ces différent facteurs justifient les aides en place (administration de biens pour 27% des résidents, suivi psychiatrique extérieur pour une majorité d'entre eux, traitement neuroleptique pour 76%), mais permettent également de relativiser l'idéal d'autonomie dans lequel on pourrait verser : s'il s'agit en effet pour nous d'accompagner le résident pour qu'il élabore un « savoir-faire » avec lui-même et avec l'autre lui permettant peut-être, à terme, de « gagner en liberté », les éléments chiffrés présentés dans ce chapitre témoignent de véritables difficultés « chroniques » (structurales ?!) des résidents à s'inscrire dans la société. Il ne s'agit donc pas pour nous d'y remédier, mais d'essayer de les amener à trouver à faire avec.

Comme en témoignent les chiffres (cfr. 3.2.6 Milieux de vie avant et après), l'Ancrage est un véritable lieu d'alternative à l'hospitalisation pour certains sujets, dont on peut espérer qu'il puisse avoir un effet, de surcroît, sur l'errance et la désinsertion. Cela ne veut pas dire, par contre, que l'Ancrage peut se passer totalement des murs de l'hôpital, un certain nombre d'hospitalisations temporaires ayant dû être organisées pour des résidents en période de crise.

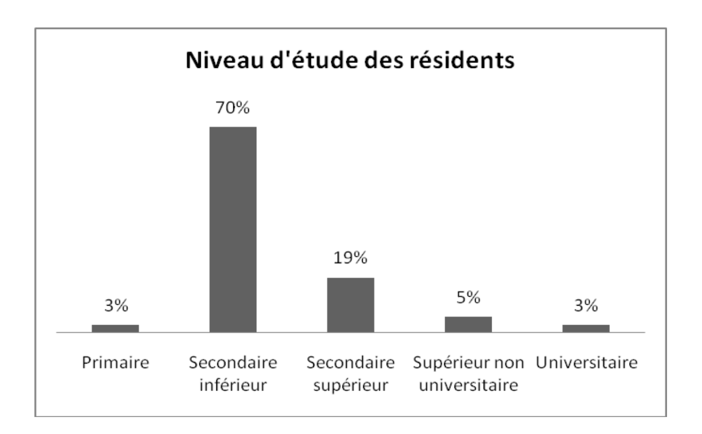
Enfin, pour les 13 résidents sortis de l'Ancrage en 2014, 5 d'entre eux vivent aujourd'hui dans une habitation privée.

3.2.3 Age et sexe des résidents

Près de 65% de nos résidents ont plus de 40 ans et 86% d'entre eux sont des hommes. Il est noter que la tranche d'âge des 30 – 40 ans est également importante puisqu'elle représente 30% de notre population.



3.2.4 Formation et niveau d'études

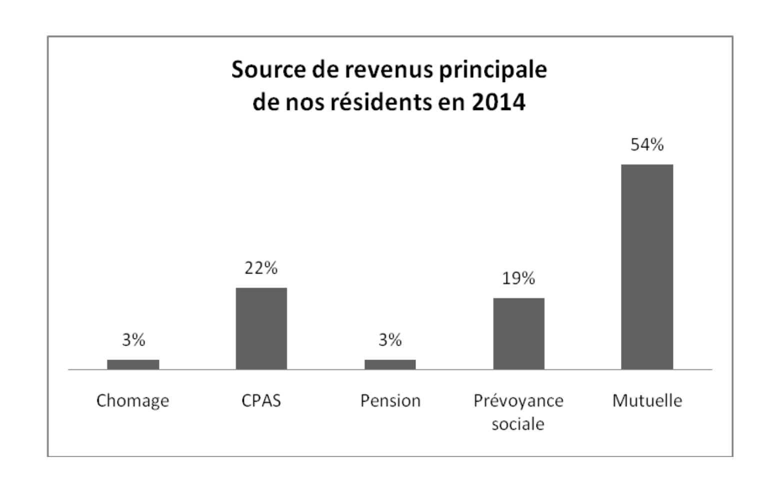


Seulement 27% de nos résidents ont au moins obtenu un diplôme d'études secondaires supérieures (73% des résidents ont un diplôme de primaire ou d'enseignement secondaire inférieur). On pourrait faire l'hypothèse que l'arrêt précoce des études était déjà un signe de la difficulté dont ils témoignent aujourd'hui à s'inscrire socialement.

3.2.5 Inscription sociale des résidents

Source de revenus

Les allocations de mutuelle, la prévoyance sociale et les allocations CPAS représentent les sources de revenu de la totalité de nos résidents en 2014 (cfr. schéma ci-après). Comme les années précédentes, ces chiffres mettent en évidence l'ampleur de la « désinsertion » des résidents et leur difficulté à prendre une place dans la vie active.

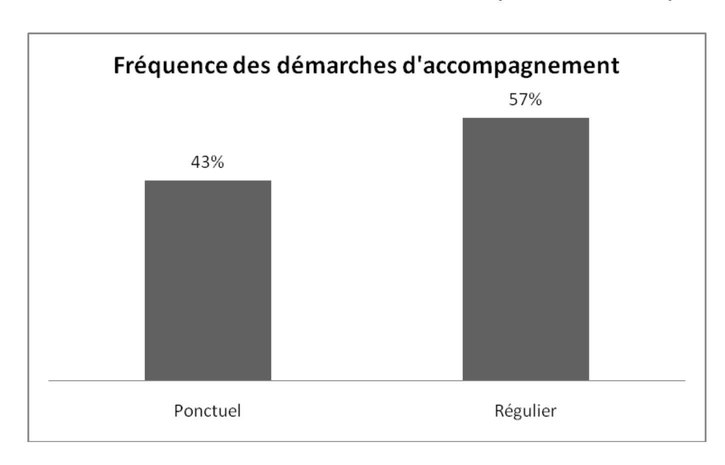


« Autonomie »

La nécessité de la mise en place de certains services à domicile peut donner quelques indices sur le « degré d'autonomie » des résidents (repas, soins, aide-ménagère), de même que la mise en place d'une gestion des biens ou de la gestion de l'argent de poche par l'équipe.

27% de nos résidents ont recours à un administrateur de biens, 3% seulement d'entre eux reçoivent des repas à domicile, 14% ont des soins à domicile (injection neuroleptique essentiellement) et 3% bénéficient d'une aide-ménagère.

Ces chiffres sont cependant insuffisants à rendre compte du « degré d'autonomie » des résidents dans la vie quotidienne, notamment parce qu'ils ne disent rien de l'importance des accompagnements réalisés par l'équipe (courses, démarches sociales, etc.) Nous avons donc tenté d'évaluer le nombre de ceux-ci dans le schéma présenté ci-après.



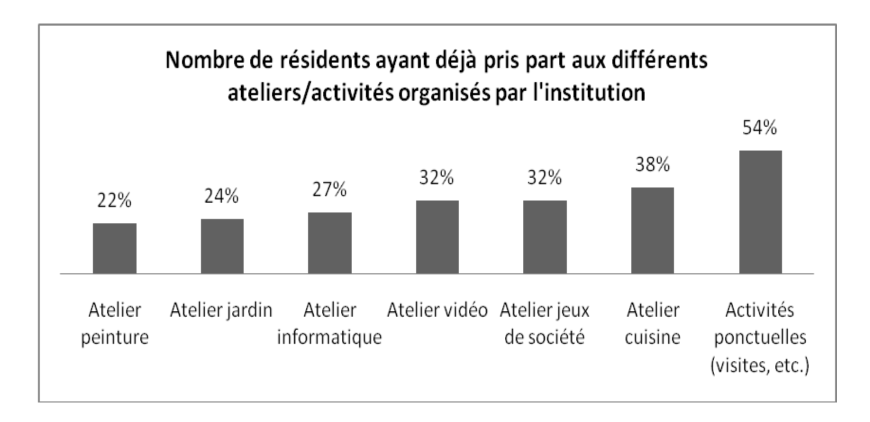
Nous reviendrons sur la question de l'autonomie dans le chapitre 4, celle-ci relevant des thèmes abordés de façon récurrente par l'équipe durant le séjour.

Activités extérieures

Sur les 37 résidents présents en 2014, 7 résidents font des activités à l'extérieur de l'institution (participation à des réunions d'usagers, bricolage pour la famille, fréquentation d'un centre de jour, activités familiales, loisirs extérieurs).

Ces chiffres, qui contrastent avec le taux de fréquentation de nos ateliers organisés en interne (voir schéma ci-après), témoignent de la difficulté de nos résidents à s'inscrire à l'extérieur de l'institution.

Il est à noter que les chiffres présentés ne tiennent pas compte d'une participation régulière aux ateliers et/ou activités. Chaque résident ayant participé au moins une fois à un atelier a été comptabilisé.



Ces chiffres pourraient nous amener à penser que les activités prévues au sein de l'institution parasitent le désir de ces derniers de se mobiliser « ailleurs », sauf que celles-ci sont au contraire une réponse au constat de leur difficulté d'inscription (aussi bien en interne qu'en externe).

Par contre, une majorité de nos résidents garde un contact avec leur famille (73%), seul réel lien vers l'extérieur pour la plupart d'entre eux.

3.2.6 Milieux de vie avant et après

Milieu de vie avant l'entrée

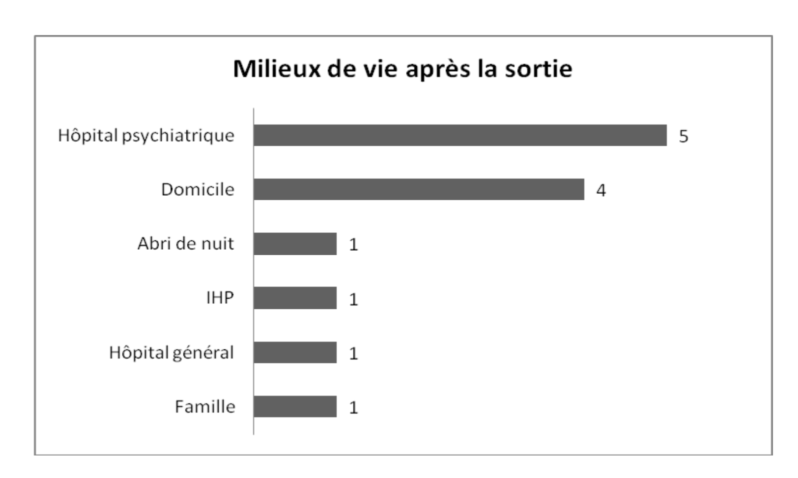


70% de nos résidents sont issus d'un hôpital psychiatrique ou d'un centre de post-cure pour personnes dépendantes.

Le lieu d'origine exact des résidents est détaillé dans le point 3.2.7, consacré aux collaborations avec le réseau.

Milieu de vie à la sortie

Treize résidents ont quitté l'Ancrage cette année : cinq sont partis vivre « en autonomie », six ont été hospitalisés (un encadrement « en journée » n'était plus suffisant pour eux), un a intégré une autre IHP et le dernier est parti sans avoir construit de projet d'hébergement : il a été accueilli par l'abri de nuit de La Louvière.



Sur ces treize sorties, la fin de séjour a été notifiée sur décision de l'équipe dans deux cas de figure.

3.2.7 Liens et interactions avec le réseau

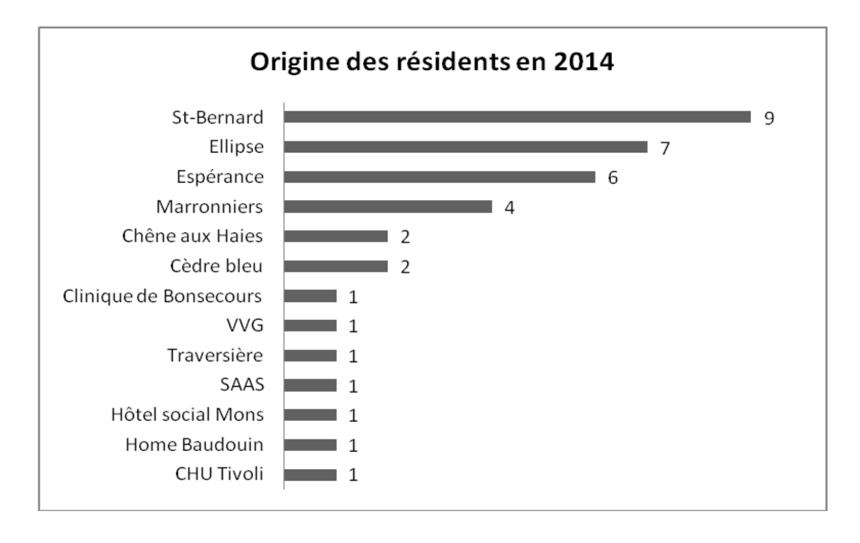
Les institutions qui orientent des patients chez nous, les lieux où les résidents se rendent pour leur suivi psychiatrique, de même que les hôpitaux qu'ils consultent dans le cadre de problèmes somatiques, sont autant d'indications relatives aux membres du réseau avec lesquels nous sommes amenés à collaborer régulièrement (indépendamment des services habituels tels CPAS, ONEM, services de soins à domicile, etc.) Les chiffres présentés ci-après contribuent à en brosser le tableau.

Origine des résidents

Comme on peut le voir dans le schéma présenté ci-après, 70% des résidents présents à l'Ancrage en 2014 sont issus des centres de postcure l'Espérance et Ellipse, des hôpitaux psychiatriques Saint-Bernard et Les Marronniers. Ces institutions font partie de nos partenaires principaux à l'heure actuelle, puisqu'elles font également partie de celles qui ont orienté plusieurs candidats vers notre IHP cette année.

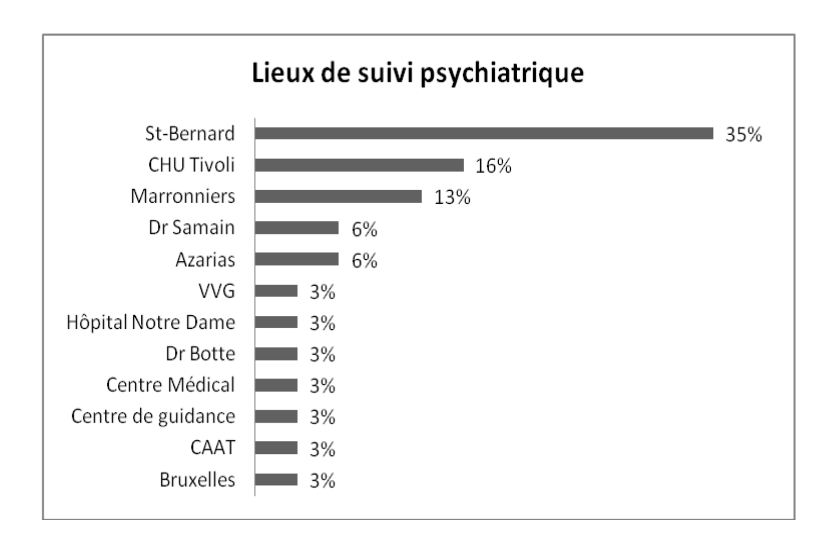
Ceci dit, la provenance de nos résidents est relativement diversifiée puisque l'on compte 12 institutions différentes sur les 37 résidents présents en 2014.

Comme exposé dans les statistiques relatives aux candidatures (cfr. 3.1.5. Milieux d'origine des candidats), cette diversité se rencontre également au niveau des candidats, puisque l'on dénombre 20 institutions ou milieux d'origine différents.



Suivi psychiatrique

La collaboration avec le réseau est importante concernant les admissions, les hospitalisations, mais également concernant le suivi. En effet, si 16% des résidents d'Ancrage n'ont pas de suivi psychiatrique, 59% d'entre eux rencontrent un psychiatre en milieu hospitalier et 24% dans un centre ambulatoire.



3.2.8 Diagnostic psychopathologique et suivi psychiatrique

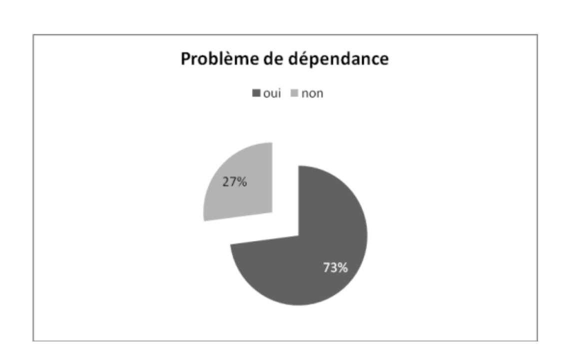
Diagnostic psychopathologique

Une grande majorité des résidents présentent une personnalité schizoïde/schizotypique ou des troubles de la personnalité non-spécifiés : ces deux diagnostics regroupent 65% des résidents de l'Ancrage en 2014. A lui seul, le diagnostic de personnalité schizoïde/schizotypique représente 35% d'occurrence. Les autres catégories psychopathologiques ne sont pas tellement représentées.

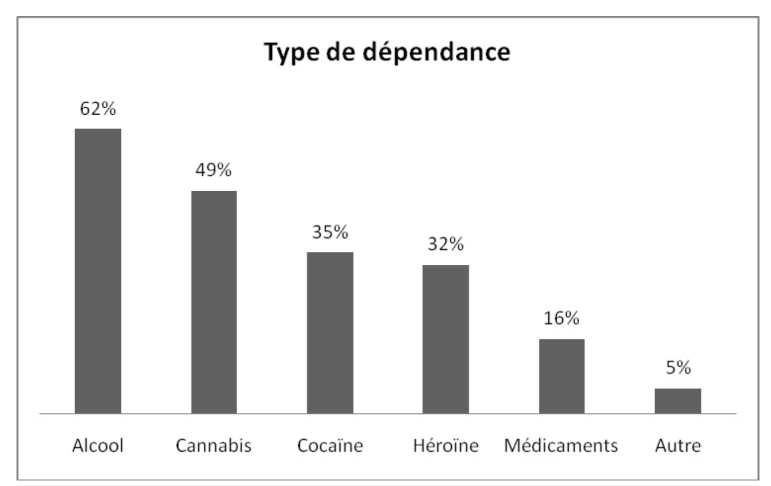
Tableau du diagnostic principal (Axe II du DSM IV)	
Retard mental léger	1
Borderline	5
Personnalité dépendante	3
Pas de diagnostic Axe II	3
Troubles de la personnalité non spécifiés	11
Personnalité schizoide ou schizotypique	13
Personnalité évitante	1

Problèmes de dépendance

Les trois-quarts de nos résidents présente ou a présenté un problème de dépendance. Comme l'indiquent les statistiques relevées ci-après, c'est la dépendance à l'alcool qui est la plus fréquente. Il est à noter que pour beaucoup d'entre eux, la dépendance ne se limite pas à un seul produit.

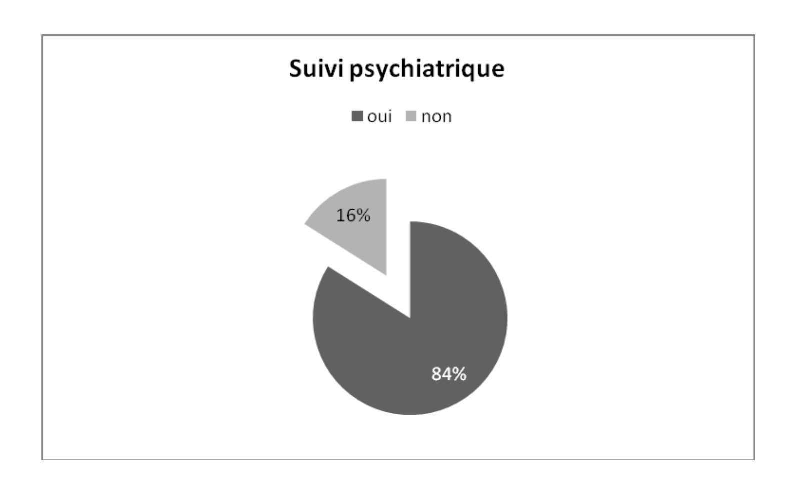






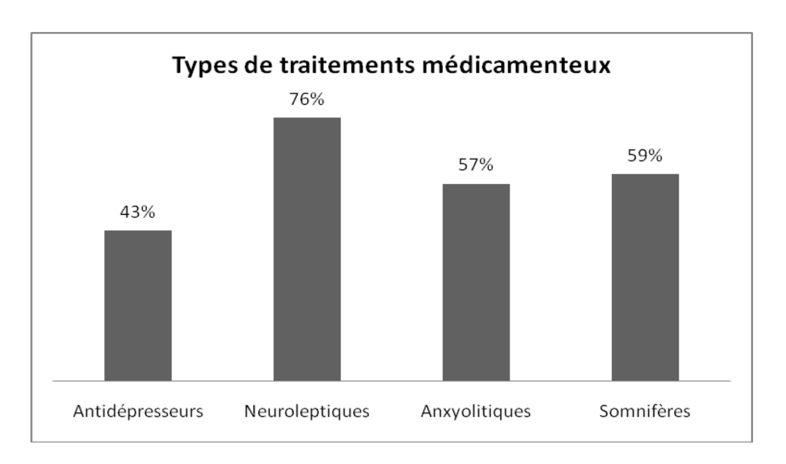
Suivi psychiatrique

La plupart des résidents sont suivis de façon régulière par un psychiatre, ce qui répond d'ailleurs à une demande de l'équipe vis-à-vis des résidents : vu la fréquence des problèmes de dépendance et l'occurrence de la présence de certains diagnostics psychopathologiques lourds, un suivi extérieur s'avère souvent nécessaire.



Ce suivi extérieur peut permettre aux résidents d'ajuster leur traitement médicamenteux, de prévenir la rechute, d'avoir un espace de parole en dehors de l'IHP, de trouver un soutien supplémentaire face à leurs difficultés, etc. Il peut également servir à faire tiers dans certaines situations complexes.

Traitement médicamenteux



92% des résidents présents en 2014 sont sous traitement médicamenteux et 76% d'entre eux sont sous traitement neuroleptique.

Chapitre 4: Les séjours

4.1 Introduction

De quelle manière se déroulent les séjours ? Sommes-nous confrontés à certains constats ou questions récurrentes ? Comment les aborde-t-on ? Que nous disent les chiffres sur le déroulement d'un séjour à l'Ancrage ?

Les deux parties de ce chapitre tentent, de manière très différente, de rendre compte de ce à quoi nous sommes confrontés tout au long d'un séjour.

4.2 Points marquants

Les chiffres peuvent nous donner des indications sur ce qu'il y a lieu d'interroger, sur ce qu'il y a – ou non – à mettre en place : l'organisation des activités et ateliers émane, par exemple, d'un constat relatif au faible pourcentage de résidents à même de se mobiliser en dehors du cadre de l'institution. Ceux-ci ne doivent cependant pas nous empêcher de réfléchir à notre rôle institutionnel mais le servir, à l'image de ce chapitre bicolore, où le travail d'élaboration côtoie les quelques chiffres relatifs aux séjours.

La tentative de formulation de notre travail d'élaboration a visé ici à resituer les questions auxquelles nous sommes régulièrement confrontés au cours d'un séjour, et à évoquer les « savoir-faire » qu'il y a sans cesse lieu d'inventer.

Les quelques statistiques nous ont, quant à elles, donné peu d'explications quant à la façon dont se déroulent les séjours : comment expliquer la durée moyenne des séjours en cours ou terminés ou le nombre et la durée des hospitalisations temporaires, si ce n'est au cas par cas ?

On observe bien des « tendances », puisque malgré certaines variations, les statistiques 2014 ne sont pas radicalement différentes de ce qu'il en était pour les autres années, mais il est difficile d'en déduire des « règles générales ».

On peut malgré tout retenir certaines de ces statistiques :

- En 2014, la durée moyenne des séjours en cours est de 3 ans alors que celle des séjours terminés est de 1 an et demi.
- Sur les 13 séjours qui ont pris fin en 2014, 2 se sont terminés du fait d'une décision de l'équipe.

- Le taux moyen d'occupation en 2014 est similaire à celui de 2013 mais en diminution par rapport à 2012 (99%) puisqu'il n'est que de 88,64% cette année.
- 25 des 37 résidents présents à l'Ancrage en 2014 n'ont pas connu d'hospitalisation temporaire. Les 14 hospitalisations sont à répartir entre 12 résidents.
- Le motif d'hospitalisation est très majoritairement psychiatrique.

En ce qui concerne la garde thérapeutique, ayant été récemment instaurée en interne (sa mise en place date de juillet 2010), les chiffres relevés nous sont particulièrement précieux pour poursuivre notre réflexion autour de ce nouvel « outil ».

Ainsi, pour l'année 2014, 40 interventions ont été dénombrées. Celles-ci ont majoritairement été réalisées par téléphone, un contact téléphonique avec un membre de l'équipe suffisant bien souvent à apaiser le résident. Ce mode d'intervention représente très peu de temps presté contrairement aux interventions du type « déplacement » et « hospitalisation ». Ces dernières sont nettement moins nombreuses puisqu'elles représentent 7 interventions sur un total de 40.

Enfin, en ce qui concerne les motifs d'appel à la garde, la moitié des appels sont dus à des problèmes physiques ou psychiques et 28% relèvent de problèmes techniques et/ou pragmatiques (essentiellement des problèmes de chaudière, d'électricité, de perte de clés, etc.)

4.3 Statistiques relatives aux séjours

4.3.1 Durée des séjours

Durée des séjours en cours

A l'Ancrage, nous avons décidé de ne pas limiter les séjours en imposant une durée maximale arbitraire à nos résidents. Comme l'indique l'Arrêté Royal reprenant les missions des IHP[30], le temps de séjour est le « temps nécessaire » au sujet pour trouver un apaisement et des « savoir-faire » qui lui permettront peut-être, à terme, de vivre seul.

Cependant, cela ne veut pas dire que nous ne travaillons pas la question de la fin de séjours avec certains résidents pour lesquels il nous semble judicieux qu'ils puissent doucement se projeter dans un « après

[30] Arrêté Royal du 10.07.90

l'Ancrage ». Il va sans dire qu'il s'agit là de propositions « calculées » de notre part, à savoir « situées dans un contexte clinique ».

Nous sommes également parfois amenés à signifier une fin de séjour à ceux qui empiètent trop sur la liberté des autres résidents pour pouvoir prétendre à poursuivre leur séjour (consommation récurrente dans les maisons, agressivité, etc.) Ces décisions sont généralement prises en dernier recours, non sans avoir tenté à plusieurs reprises de travailler les difficultés rencontrées avec le résident.

Les durées de séjour sont donc très variables. En 2014, la durée moyenne des séjours en cours est de 3 ans. Quant à la présence de certains résidents « au long cours » (2 résidents sont présents depuis plus de 10 ans et 7 résident à l'Ancrage depuis plus de 5 ans), cela s'explique par la nature du lien qu'ils ont pu tisser avec l'Ancrage : si celui-ci semble les avoir stabilisés, il n'apparaît cependant pas comme étant « exportable ». Autrement dit, c'est parce que ces résidents sont à l'Ancrage qu'ils trouvent une certaine stabilité. S'il s'avérait que nous devions nourrir des « rêves d'autonomie complète » pour eux, il ne faudrait certainement pas longtemps pour que leur équilibre en soit affecté.

Durée des séjours terminés

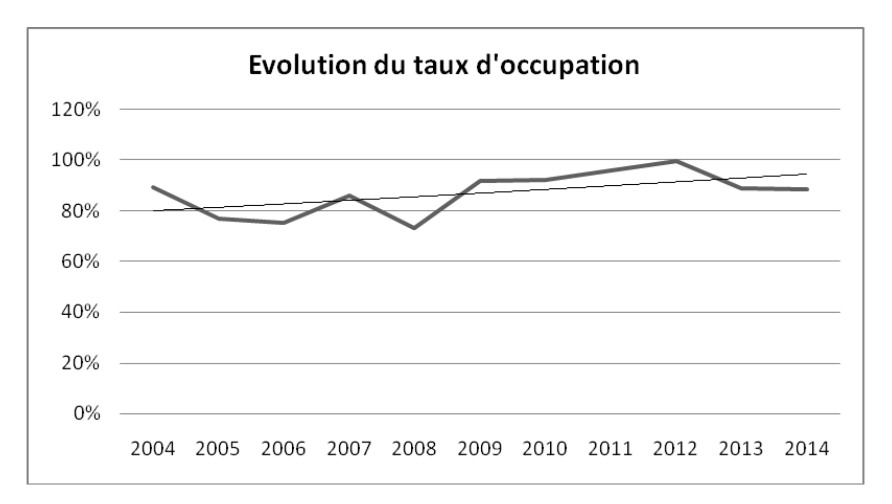
La durée moyenne des séjours qui se sont terminés en 2014 est de 1 an et demi.

La fin des 13 séjours terminés en 2014 a été motivée par l'équipe pour 2 résidents.

Taux moyen d'occupation annuel

Le taux d'occupation en 2014 est de 88,64%, pourcentage similaire à celui de l'année 2013. Par contre, le tauc d'occupation de ces deux dernières années a baissé par rapport aux années précédentes. Pour diverses raisons, ces deux dernières années ont en effet été relativement difficiles pour l'Ancrage (exclusion de résidents, nombreux départs, report de l'admission pour raisons personnelles de candidats en attente, hospitalisations, décès, diminution de la liste d'attente du fait de l'ouverture de nouvelles places dans la région, etc.)

Taux moyen d'occupation annuel	
2004	89,50%
2005	77,08%
2006	75,50%
2007	86,06%
2008	73,36%
2009	91,97%
2010	92,27%
2011	96,04%
2012	99,00%
2013	89,00%
2014	88,64%



4.3.2 Hospitalisations temporaires

Nombre et durée des hospitalisations temporaires

Par hospitalisation temporaire, on entend un séjour en milieu hospitalier qui n'implique pas une rupture de séjour. Sur les 37 résidents présents à l'Ancrage en 2014, 25 n'ont connu aucune hospitalisation. Les 14 hospitalisations temporaires sont donc à répartir entre 12 résidents : certains ont dû être hospitalisés à plusieurs reprises. 2 hospitalisations ont duré plus d'un mois.

Motif des hospitalisations

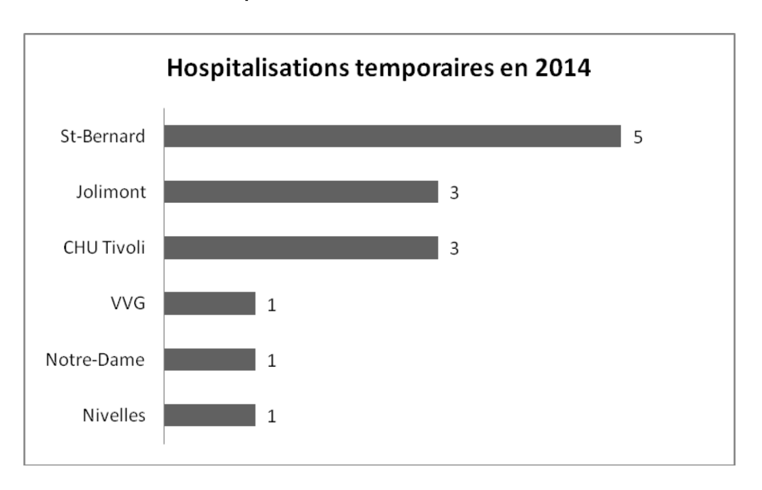
La nature des hospitalisations est de deux types (santé physique ou « santé mentale »), mais le plus souvent, c'est en service psychiatrique que les résidents sont envoyés. Il s'agit dans la plupart des cas de revoir la médication, d'adapter le traitement ou bien d'une phase de décompensation ne permettant plus au résident de vivre en toute sécurité à l'Ancrage.

En 2014, les hospitalisations ont été majoritairement motivées par un problème d'ordre psychiatrique (64%), notamment suite à des reconsommations (28%).

Lieu des hospitalisations temporaires

Les hospitalisations ont eu lieu dans diverses institutions, pour la plupart psychiatriques.

Le choix du lieu de l'hospitalisation s'opère en fonction du suivi habituel du patient mais également en fonction de la possibilité qu'a l'hôpital de l'accueillir. A ce propos, il est important de souligner la difficulté que rencontre régulièrement l'équipe lorsqu'il s'agit de trouver rapidement un lieu où un résident en détresse puisse se « mettre à l'abri ».

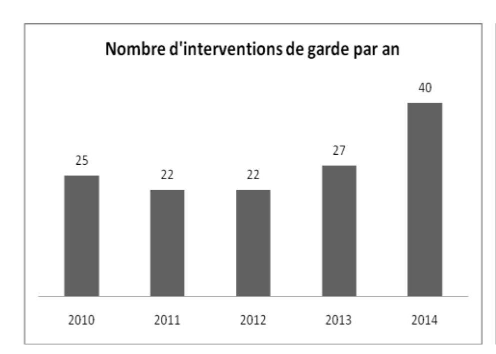


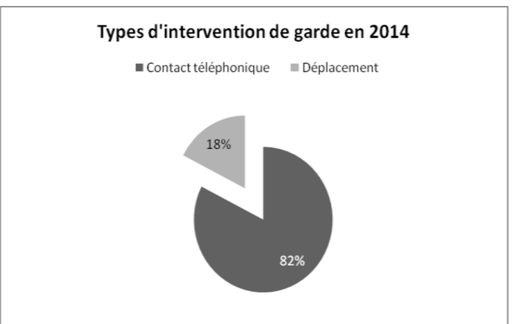
4.3.3 La garde thérapeutique

Type d'interventions

La garde thérapeutique a été instaurée en interne depuis le 1er juillet 2010.

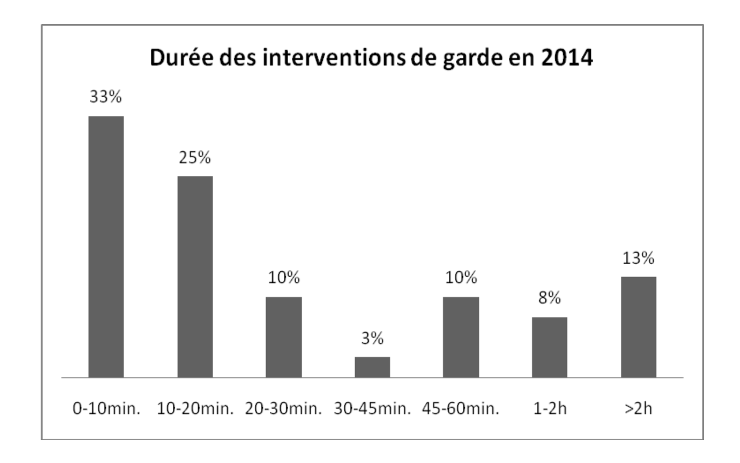
En 2014, 40 interventions ont été dénombrées. Ce chiffre est en nette augmentation par rapport aux années précédentes. Par intervention, on entend aussi bien un contact téléphonique, qu'un déplacement sur le site ou l'hospitalisation d'un résident, comme le montre le schéma ci-après.





L'intervention de garde se limite majoritairement à des contacts téléphoniques et ce, d'année en année.

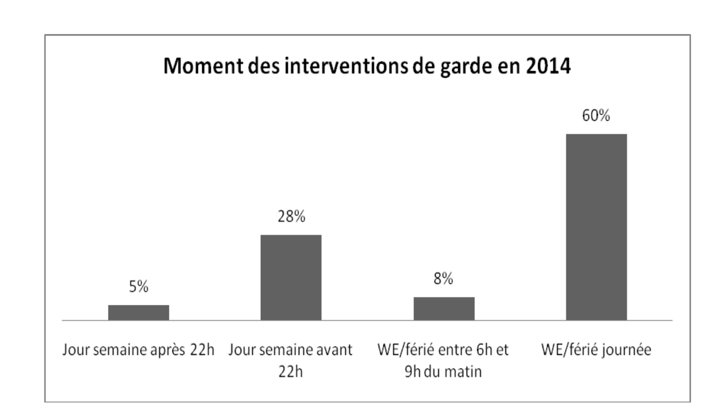
La durée de ces 40 interventions est résumée dans le schéma présenté ci-après. La majorité de celles-ci sont relativement courtes puisque 58% ont duré moins de 30 minutes.



Moment de la journée où ont lieu les interventions

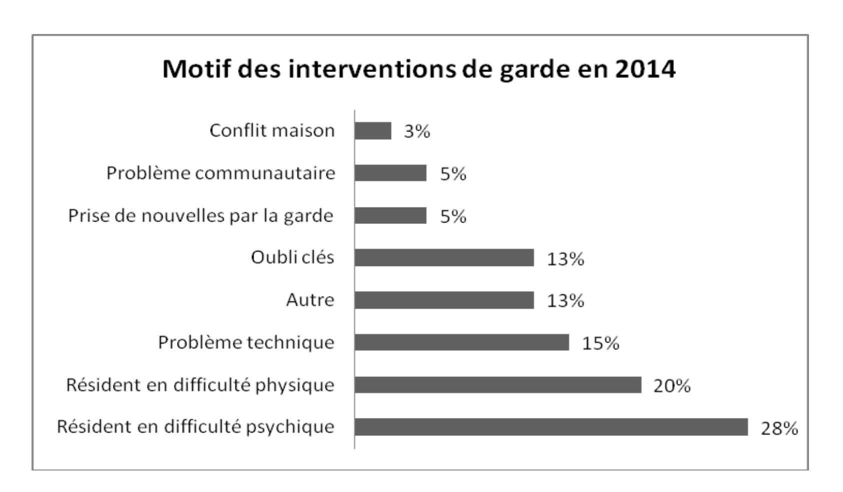
Si la garde thérapeutique est organisée de 17h à 9h en semaine et du vendredi 17h jusqu'au lundi 9h pour les weekends, on remarque que les interventions ont en majorité lieu durant la journée (60% en journée le weekend/jours fériés et 28% les jours de semaine avant 22h).

Si l'on s'en tient aux chiffres, il semble donc que les résidents soient plus en difficulté durant la journée que la nuit, que cela soit en semaine ou durant le weekend.



Motif des appels à la garde

La moitié des appels en 2014 relève de problèmes psychiques et physiques des résidents ; 28% sont dus à des problèmes techniques et/ou pragmatiques (essentiellement des problèmes de chaudière, d'électricité, une perte de clés, etc.) ; 13% relève d'« autres motifs » (il s'agit principalement d'appels non urgents ou faisant suite à la « perte d'un médicament » ou d'une « information à donner », etc.) ; 8% tient à des difficultés au sein de la communauté et 5% sont des appels de suivi par la garde elle-même.



4.4 Thématiques autour des séjours

Les statistiques relatives à la population de l'Ancrage mettent en évidence la fragilité de l'inscription sociale de nos résidents[31] (faible niveau d'études, place en marge de la vie active, manque de repères à l'extérieur de l'institution, importance des diagnostics psychopathologiques), de même

[31] Cfr. 3.2 Description statistique de la population de l'Ancrage

que l'occurrence des problèmes de dépendance. Il n'est d'ailleurs pas une semaine sans que nous abordions les problèmes de consommation de l'un ou l'autre résident : ces thématiques sont toujours très présentes au sein de nos réunions cliniques, nous amenant à tenter d'élaborer des « savoir-faire » avec les résidents pris dans ces difficultés récurrentes.

A ce titre, les questions de précarité et de dépendance seront abordées dans les pages qui suivent, à travers les notions de « précarité symbolique », « d'autonomie » vs « inscription symbolique » et de « réinsertion sociale » vs « restauration d'un lien social ». De même, nous expliquerons brièvement comment se traduit notre position en termes concrets.

Nous évoquerons également la question de la durée des séjours sous le titre « logique du temps en institution ».

4.4.1 Dépendances et précarités [32]

« Précarité symbolique »

On peut y gagner à appréhender le terme « précarité » au-delà du champ social où on le situe habituellement : avant d'être sociale, la précarité est symbolique. Elle est de structure. « La réalité psychique, c'est la réalité sociale », souligne Jacques-Alain Miller[33].

Il ne suffit donc pas de « remettre quelqu'un sur les rails au niveau social » pour que, par magie, il s'intègre socialement. Ce qu'évoque en effet d'emblée le mot précarité, est un autre mot, qui lui répond : celui de « réinsertion ». Or, si des lieux de réinsertion sociale et de réorientation professionnelle doivent exister et sont nécessaires, ce n'est pas le bout par lequel nous prenons les choses dans notre IHP. Nous estimons en effet que non seulement, c'est pour un grand nombre de nos patients, prendre les choses à l'envers, mais qu'en

---

[32] Dans ce chapitre sont repris des passages de l'exposé de Céline Danloy présenté lors de la journée d'étude « Dépendances et Précarités », organisée par le secteur « Toxicomanies » de la Fédération des structures psycho-socio-thérapeutiques, en abrégé FSPST (atelier « Et après ? », La Marlagne, le 3 décembre 2009)

[33] Miller, J.-A., Vers PIPOL 4, *Mental*, n°20, FEEP, février 2008, p.188

plus cela peut générer l'envers de l'effet recherché, à savoir ce qu'évoquait le SMES dans une des tables rondes qu'il a organisées en 2010[34] : « Intégrer, mais jusqu'où, lorsque l'obligation d'intégration devient déterminante de l'exclusion ? ».

Si à l'heure actuelle nous sommes en effet dans ce l'on peut appeler une « clinique/politique du projet » (« projet de réinsertion », notamment), « (…) sans considération sur l'articulation entre réalité psychique et réalité sociale, (…) ces pratiques mettent en branle des forces de désinsertion »[35]. En effet, « le pousse à la désinsertion du délire au profit d'une réinsertion sociale du psychotique mène au pire. C'est la raison pour laquelle le traitement de la désinsertion en psychanalyse rend compte d'une pragmatique liée à l'éthique de ce discours »[36].

Ainsi, il est important de se poser la question des opérateurs qui président à toute insertion sociale, la déprise sociale étant à envisager, non pas en la situant uniquement au niveau des revenus de chacun, mais comme pouvant prendre des formes singulières. Dans la préface du livre *Situations subjectives de déprise sociale*, Christiane Alberti[37] relève plusieurs formes de déprise sociale : « le repli, l'oubli de soi, le manque d'élan vital (...) ». Ces « symptômes », dit-elle, « manifestent une déprise absolue proche de la forclusion du sentiment d'exister », puisque « le rejet des semblants communs, va pour certains sujets jusqu'au rejet de l'intersubjectivité et du sens ». Elle nous indique également qu'« au fondement de la réalité sociale, il y a la prise du symbolique (…) ».

Aussi, l'opérateur essentiel présidant à toute insertion sociale est l'inscription symbolique ou la suppléance de celle-ci par des trouvailles singulières.

Un patient se comparait lui-même l'autre jour à un bateau à la dérive. Sans amarres. Il entrevoyait deux possibilités par rapport à son problème : longer la rive ou trouver ce qui lui fait défaut : un point d'appui. Mais un point d'appui dans le discours, pas dans le projet ! Sans amarres, il n'est pas ca-

---

[34] Le SMES (Santé Mentale et Exclusion Sociale) « a mis en 2010 à l'agenda de la Présidence Belge de l'U.E. et de l'Année Européenne de Lutte contre la Pauvreté, les questions éthiques, pratiques, méthodologiques et sociétales, d'une rencontre avec les personnes sans-abris, lors de laquelle peuvent être dépassées les frontières entre santé mentale et exclusion sociale ».
[35] Van de Wijngaert, T., S'appliquer contre la volonté d'insertion, *Mental*, n°24, FFEP, avril 2010, p.94
[36] Tizio, H., Le délire comme désinsertion du langage, *Mental*, n°24, FEEP, avril 2010, p. 28
[37] Alberti, C., *Situations subjectives de déprise sociale*, collection Bibliothèque lacanienne 2, Navarin éditeur, diffusion Seuil, 2009, pp.5-6

pable de formuler un projet. Cette formulation a le mérite de nous indiquer la place à prendre : celle de l'Ancrage !

La dépendance comme défaut d'inscription

La question de la précarité rejoint celle de la dépendance à cet endroit, puisque si le défaut d'inscription peut mener à la dérive/désinsertion, la dépendance est bien souvent une façon, via l'identification (aux autres consommateurs, par exemple), de s'inscrire ; ou via la disparition derrière le produit, de ne pas s'inscrire. La dépendance est un mode d'être au monde où la question de la place du sujet est un enjeu essentiel : bien souvent, la dépendance vient pallier un défaut d'inscription.

Ce dernier n'est pas sans lien avec notre monde contemporain, « l'impératif surmoïque de notre civilisation étant de jouir sans entrave » (…), relève Pierre Falicon[38] dans l'ouvrage collectif *Poubelle égarée au bord d'une autoroute… ou Que dit aujourd'hui la psychanalyse de la précarité ?* « Cet être en soi, dit-il, réduit au corps, coupé du temps (…), est réduit au « primum vivere », c'est-à-dire au « d'abord vivre », en deçà de l'inscription symbolique d'où naît le désir ». « Désormais, dit-il, si le récit de civilisation ne fait plus corps social, c'est qu'il n'y a plus de « point fixe d'où la trame de l'histoire puisse être lue ». « Comment dès lors, dans un monde sans limites, fixer un point qui permette de s'orienter ? »

Si cette question est essentielle dans tout travail clinique avec des personnes en situation de précarité ou avec des patients présentant des problèmes de consommation, cette question est d'autant plus vive, plus effective dans « l'après » : au cadre contenant que pouvait éventuellement offrir une structure résidentielle vient se substituer un cadre plus léger et la liberté de circulation qui l'accompagne. Or, cette « liberté » peut s'avérer être équivalente pour certains, à la levée de ce qui les arrimait… leur précarité étant telle que seuls les murs et les portes verrouillées de l'institution les protégeaient de la pulsion.

L'inscription, une version de l'autonomie

Ce « tour de clé » qui fait point d'arrêt mais surtout nouage, c'est ce que nous visons à travers la rencontre avec nos résidents. Ainsi, notre offre se situe bien plus du côté de l'inscription que du côté de l'autonomie, une

[38] Falicon, P., La force du rien, *Poubelle égarée au bord d'une autoroute… Que dit aujourd'hui la psychanalyse de la précarité ?,* Nantes, collection L'imprévu contemporain, Pleins feux éditions, 2009, pp.37-46

première forme d'inscription étant celle de son nom dans les registres de la commune (cette démarche s'avérant d'ailleurs impossible pour certains).

Ainsi, à la question « Et après ? » dans le cadre de ces difficultés spécifiques, l'Ancrage répond par une position éthique qui consiste à tenter de convoquer le sujet à prendre une place, à parler en son nom, même à minima. Cela signifie se tenir à l'écart du « ça pense pour l'autre » et cela demande à l'équipe de ne pas se positionner en maître mais de se laisser, au contraire, enseigner par le sujet. Ainsi, il s'agit plus de se faire partenaire des élaborations de chacun, que de vouloir mettre en œuvre un projet à tout prix. Et c'est à travers ce qu'il se passe au présent et de ce qu'en dit le sujet, que nous tentons d'élaborer avec lui un « savoir-faire avec ».

Comment cette position se traduit-elle concrètement ?

C'est au quotidien et « sur le vif » que cette position se construit et s'incarne, chaque situation nous amenant à réagir aux trouvailles de chacun.

- Cela consiste parfois à « se contenter de peu » du point de vue de l'investissement de la maison, mais à « soutenir une tentative d'élaboration », comme avec Mr A, qui a fait de l'errance son mode de vie. Ayant malgré tout réussi à faire une demande pour entrer chez nous, nous le sentons toujours en passe de rendre ses clés. Il est peu dans la maison, bien qu'il y dorme tous les soirs. Nous savons que si nous exigeons de sa part qu'il soit plus présent, nous briserons le lien très ténu que nous avons avec lui. Or, ce lien et les conversations que nous entretenons à l'occasion, limitent sa consommation d'une part, et mettent en évidence ses tentatives d'arrimage par le signifiant, d'autre part. Ainsi, il nous livre que dans ses nombreux « voyages », « vagabondages », il s'est posé un temps dans un cirque, où il était *garçon de piste*. Reparti pour de nouvelles aventures, il s'était trouvé un boulot de magasinier, qui consistait à achalander les rayons d'un magasin. Il était alors *garçon de réserve*. A l'heure actuelle, il donne un coup de main dans un café, remplissant le frigo et faisant les courses de quelques clients, ce job lui conférant le statut de *garçon de courses*. Ainsi, si son inscription en tant que telle dans la maison s'avère compliquée, ce signifiant *garçon* qui se répète nous indique l'effort de Mr A pour tenter de fixer quelque chose de sa condition. A nous de soutenir cette tentative.

- C'est aussi dire non, d'une certaine façon « à la place du résident », pour qu'il puisse se faire une place, à l'image de Mr B : éparpillé, logorrhéique, il agit aussi vite qu'il parle. Ses demandes sont si nombreuses qu'il est impossible à suivre. Sauf qu'il ne s'agit pas vraiment de ses propres demandes : il est envahi par les demandes de sa femme et de ses enfants, qu'il reprend à son compte, tels des impératifs. Objet de

l'autre, parlé par l'autre, cela l'amène à l'occasion à boire et à se désorganiser encore un peu plus. Tenter de le convoquer à sa place de sujet nous amène à nous interposer face à ce qui l'envahit, c'est-à-dire face à l'autre et le quotidien. Notre position n'est donc pas celle du « laisser faire » comme pourrait à tort le laisser entendre la formulation « se laisser enseigner par le sujet » : elle peut relever de l'intervention si la logique du cas l'exige.

› C'est également parfois s'appuyer sur les signifiants du sujet : Mr C se veut marginal. Comment s'inscrire quelque part, dès lors ? Si ce n'est en contre-pied ?! En pariant sur la communauté, nous indique-t-il lui-même, l'aspect communautaire étant une façon tolérable pour lui d'envisager le lien social. A nous, dès lors, de le faire valoir, pour que quelque chose puisse se nouer à l'Ancrage, de plus porteur que ses signifiants précédents (toxicomane, marginal).

› Cela peut également consister à « barrer l'autre », pour faire point d'arrêt et freiner la dérive. Mr D, par exemple, se sentait en insécurité suite à un épisode où il s'est senti visé par une bande de jeunes. Il avait peur que ceux-ci viennent lui faire du mal dans sa chambre. Faire valoir le signifiant habitations *protégées* dans ce cas, a eu un effet apaisant.

« Réinsertion sociale » vs « restauration du lien social »

En IHP, nous sommes des travailleurs de « l'après », mais pas de la réinsertion. Si c'est l'effet qu'un passage en IHP peut avoir « de surcroît », au mot réinsertion sociale, nous substituons celui de « restauration d'un lien social ».

Pour nous, l'enjeu de « l'après » est de parole, à travers une prise en charge concrète pour des personnes en mal de formulation, de subjectivation, d'arrimage symbolique. Cet accompagnement ne peut se faire qu'en tenant compte de ce qui peut faire barrage à cet usage de la parole. Il s'agit donc pour nous, comme le dit Christiane Alberti [39], de « travailler à rebours d'une orthopédie des déficits sociaux, et d'accueillir la diversité des modes de jouir en laissant sa chance à la réalité du symptôme, d'une façon qui soit compatible avec la vie », notre objectif étant donc d'élaborer avec le résident, « une façon d'être bancal ».

[39] Alberti, C., *Situations subjectives de déprise sociale*, *op.cit.,* pp.5-6

4.4.2 Autonomie et « auto-séparation »[40]

Notre position, outre qu'elle tient compte, au cas par cas, de ce qui préside à la difficulté d'inscription du sujet, contourne le paradoxe inhérent aux exigences d'autonomie (et/ou de réinsertion sociale prise comme l'acquisition de compétences) de plus en plus véhiculées par le discours du maître. A cet égard, nous ne pouvions pas ne pas reprendre en grande partie le superbe texte d'Alfredo Zenoni intitulé « Autonomie et auto-séparation ». Celui-ci propose en effet un éclairage tout particulier sur cette notion d'autonomie et « pose la question de l'accompagnement dans des termes qui dépassent la seule perspective de l'apprentissage », nous indiquant par-là même le ressort de nos institutions.

« Si j'évoque le paradoxe d'une assistance ou d'un accompagnement nécessaire – dont on pense en même temps qu'ils empêchent que le sujet puisse s'en passer un jour – ce n'est pas tant par goût du paradoxe que pour interroger (…) une idée de l'autonomie comme abolition de toute adresse ou de tout recours à l'Autre, présentée comme le but suprême de l'évolution individuelle.

(…) Dans la conception des soins qui tend à dominer aujourd'hui, la notion d'autonomie est en effet indissociable d'une finalité du dispositif institutionnel qui consisterait, en parallèle au traitement médical dispensé, en un apprentissage ou un réapprentissage de certaines compétences comportementales indispensables, conçues comme étant plus ou moins indépendantes de la problématique clinique de la personne.

(…) Or, ce serait une vision aseptisée de la vie humaine que de la réduire à un inventaire de fonctions à exercer, comme si elle ne comportait pas par elle-même une complexité et une conflictualité à la fois interpersonnelle et intrapersonnelle qui en constitue toute l'épaisseur existentielle et toute la virtualité clinique.

(…) Les problèmes relationnels, auxquels les sujets que nous accompagnons ont affaire, sont en effet d'une bien autre nature que le simple problème d'acquérir des compétences (…) Ils sont bien plus de l'ordre de concilier deux impossibilités plus radicales : celle de vivre seul et celle d'interagir avec les autres.

---

[40] Zenoni, A., Autonomie et « auto-séparation », *L'autonomie en question. Lien social et santé mentale, Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française n°25,* Collectif de la Fédération Francophone des Initiatives d'Habitations Protégées (FFIHP), sous la direction de Van de Wijngaert Th. & de Coninck F., 2009, pp.115-122

(…) Si l'on prend la chose à un niveau moins pédagogique et plus existentiel, on se rend compte que, bien souvent, la difficulté consiste plus dans le fait d'amener un sujet vraiment « autonome » – au sens où il se donne à lui-même sa propre loi, selon la définition retenue – à consentir à une certaine « dépendance », que dans le fait de favoriser le passage de la dépendance à l'autonomie, si l'on entend par « dépendance » le fait de tenir compte de l'Autre, de souscrire à un certain réglage collectif des choses, d'accepter l'intervention d'un tiers.

(…) Le problème n'est donc pas de pousser le sujet à s'affirmer, mais d'arriver à modérer, à trouver comment concilier avec d'autres dimensions de la vie l'affirmation de sa propre indépendance, la volonté d'obtenir justice, l'exigence d'être maître de son argent ou de faire des cadeaux à qui l'on veut.

(…) Ce que nous pouvons observer, c'est plutôt le rapport du sujet à lui-même, et en particulier à son corps, qui se réalise d'une manière inconciliable à la fois avec les conventions de la vie en commun et avec sa santé, témoignant d'une sorte d' « auto-suffisance » qui est, au fond, une forme d'autonomie poussée jusqu'à l'absurde. Vivre dans une insouciance à l'égard de toute exigence relative à l'hygiène ou à la tenue vestimentaire, à la qualité de la nourriture, à la température qu'il fait, au désordre de sa chambre, voire au paiement des factures sont autant de signes d'une forme d'autonomie au sens d'une séparation par rapport à l'Autre. Cela fait du sujet un « homme libre », non soumis à la contrainte d'idéaux ou d'obligations sociales, même si cette « auto-suffisance » a, bien sûr, des conséquences parfois désastreuses pour son être social ou pour sa santé. De plus, elle est souvent éprouvée par le sujet lui-même comme un vide vital, une absence de tout intérêt et un manque d'énergie, qui l'amènent bien souvent à devoir les combler ou les anesthésier par ce qu'on appelle des « dépendances », qui sont le prix de la dépendance absolue, en quelque sorte ».

(…) Toutes les compétences et habiletés dont un être humain est censé être doté pour évoluer dans son environnement propre ne sont en fait que les conséquences du mode et du degré selon lesquels il se déprend ou ne se déprend pas de cette condition primordiale d'objet de l'Autre. La satisfaction des besoins primaires elle-même est affectée par la plus ou moins grande distance prise par rapport à ce statut personnel d'objet.

(…) Aborder ces phénomènes cliniques sous cet angle paradoxal d'une sorte d'autonomie radicale peut nous aider à poser la question de l'accompagnement dans des termes qui débordent largement la seule

perspective de l'apprentissage. Cela peut nous aider à déplacer l'accent de la question des manifestations du comportement à leur cause, c'est-à-dire au niveau de l'objet, en tant que le statut de cet objet est corrélé à la motivation. Cela nous aidera aussi à ne pas séparer la dimension du social de la dimension clinique .

(…) Pour conclure, je dirais que si l'on prend, à titre d'hypothèse, la perspective d'un certain collage inconscient, structurel, avec l'objet, comme cause du manque « d'autonomie », peut-être pourra-t-on orienter notre accompagnement dans le sens d'opérer quelque déplacement de cette cause, plutôt que d'essayer d'agir directement sur un comportement « non autonome ». A l'instar de ce qui est un des fils du présent ouvrage, retenons que l'autonomie ne peut être l'objectif direct de notre intervention ou de notre accompagnement, puisqu'elle n'est que la conséquence d'un changement, fût-il minime, qui se produit au niveau de la cause. C'est pourquoi, dans notre champ de travail, le lieu de vie apparaît être difficilement dissociable du lieu de soin, et inversement (…) ».

Cette conclusion nous permet de rebondir directement sur le sujet suivant puisque de cette conception découle tout naturellement une certaine construction de la logique du temps en institution.

4.4.3 Logique du temps en institution

L'Arrêté Royal[41] relatif aux Initiatives d'Habitations Protégées laisse ouverte la question de la durée des séjours. Certaines IHP ont malgré tout décidé d'en limiter la durée de manière arbitraire, décision correspondant certainement à leur réalité institutionnelle.

En ce qui nous concerne, nous estimons nécessaire que la durée des séjours soit pensée en fonction de la logique du temps du sujet.

En effet, « le rapport de la thérapeutique au temps est différent selon qu'on aborde le trouble comme une entité en soi ou selon qu'on le réfère à une configuration subjective globale.

(…) Cette approche modifie profondément la perception de la temporalité du processus. L'idée est en effet moins celle de la suppression de quelque chose que celle de la transformation ou du changement de régime de ce quelque chose (…). Dès lors, l'amélioration ou la stabilisation thérapeutique apparaissent moins être le fait d'un acte technique que le fait d'un proces-

[41] L'Arrêté Royal du 10.07.90 prévoit « le temps nécessaire » concernant la durée des séjours

sus continu où le contexte intersubjectif d'accompagnement et/ou d'hébergement joue un rôle essentiel.

D'une manière ou d'une autre, la notion d'un lien social où se nouent la singularité du désir et la référence à une réalité commune n'a pas su s'inscrire ou s'intérioriser suffisamment pour les sujets dont nous nous occupons. Elle exige donc le plus souvent d'être réalisée, physiquement si je puis dire, par un lien social de suppléance, par un autre genre d'Autre que celui auquel le sujet est en butte. Dès lors, le contexte de la prise en charge ou de l'accueil n'est pas seulement le cadre dans lequel se déroule le traitement, mais fait partie intégrante du traitement. Et inversement, quelque chose du traitement se poursuit ou doit se poursuivre dans la conception et dans la pratique de l'accompagnement social.

(…) Croire que la durée des séjours constitue en elle-même un facteur de dé-chronification revient à croire à la nature purement médico-biologique de la maladie mentale et méconnaître sa texture relationnelle, c'est-à-dire transférentielle, libidinale, sociale (…). La question n'est pas de savoir si telle prise en charge constitue un progrès ou une régression, mais si le sujet s'en sert maintenant pour faire face à une angoisse, à un sentiment suicidaire de vide, à l'imminence de sa violence, à une solitude insupportable[42]».

Ainsi, à partir du moment où l'objectif est de tenter d'amener un sujet à se « servir » de l'institution, à y trouver les points d'amarrage dont il a besoin, la logique du temps dans cette même institution ne peut pas être ramenée à une règle arbitraire. En effet, « viser l'élaboration de points d'Ancrage, c'est saisir comment un sujet peut s'arrimer en institution à partir de la contingence d'une rencontre. C'est cette modalité même de la contingence qui introduit à une logique du temps, différente de celle du développement chez les enfants et celle de la chronicité pour les adultes. Le temps de la rencontre se fonde au contraire sur la surprise et l'invention propre au sujet, elle va à l'encontre de ce qui est prévu[43]».

---

[42] Zenoni, A. Le spectre de la chronicité, *Mental Idées n°8, septembre 2006*, pp.4-7.

[43] Introduction de la Vème journée du RI3. *Traitements sur la durée, Logique du temps en institution,* janvier 2001.

Chapitre 5: Activités et ateliers

5.1 Introduction

Individuel ou collectif, le travail « d'activation » est bien présent. Si celui-ci vise surtout pour nous la création d'un lien social, ce n'est pas malgré tout sans penser que celui-ci pourrait peut-être à un moment ou un autre, s'avérer être « exportable » à l'extérieur de l'institution. L'usage des ateliers au sein de notre institution, de même que la singularité inhérente aux ateliers artistiques animés par un artiste et le détail des activités et ateliers mis en place dans ce cadre ont largement été commentés dans les points qui suivent.

5.2 Points marquants

Bien plus qu'un « détail » dans notre pratique ou qu'un moyen d'occuper les résidents, les ateliers font partie intégrante de la « prise en charge » de l'Ancrage. Leur intégration dans notre pratique quotidienne constitue un véritable enjeu clinique et un pari toujours renouvelé de tenter de « créer de l'autre » avec des personnes pour lesquelles la relation à l'autre s'avère si souvent problématique.

Les ateliers que nous proposons sont donc une sorte de « première étape » dans l'ébauche ou la consolidation d'un lien social. La dimension collective de ces ateliers et l'offre de rencontre proposée à travers ceux-ci sert en effet la création d'un lien et l'inscription symbolique à minima. Il est donc nécessaire de multiplier ceux-ci lorsque des subsides complémentaires nous le permettent, afin de proposer à chacun une offre de rencontre qui vaille (un atelier « tricot » ne va pas nécessairement « accrocher» le même type de patients qu'un atelier « peinture », par exemple).

Depuis l'instauration de ces ateliers récurrents il y a cinq ans, l'équipe constate en tout cas que la multiplication des espaces de rencontre que ces ateliers et activités constituent a un impact manifeste sur les résidents (vie communautaire plus stable, diminution des conflits, stabilisation de certains résidents, diminution de l'isolement de ces derniers, etc.)

5.3 Projet activation

L'équipe a souhaité que les demandes concernant les activités extérieures, les formations et les recherches professionnelles des résidents soient prioritairement prises en charge par Monsieur Jonathan Jacques, engagé dans le cadre du « projet activation ». Celui-ci participe également aux entretiens

de candidature. Son action est, depuis cette année, renforcée par la présence d'un ½ temps supplémentaire alloué par le Fonds Maribel social.

Les demandes individuelles des résidents en 2014 ont relevé essentiellement de la recherche de formations, d'« articles 60 » et de bénévolats, de la rédaction de curriculum vitae et de la recherche de logements privés.

Des activités plus collectives ont également été réalisées, à savoir :

- « Atelier nettoyage » (réalisation collective ponctuelle des tâches ménagères lorsque les résidents ont du mal à les prendre en charge à titre individuel)
- Pétanque (tournoi et entraînement)
- Sortie sur le marché de Noël à Mons
- Organisation d'une exposition peinture
- Organisation de barbecues
- Participation au festival « Images mentales » à Bruxelles
- Sortie au bowling
- Promenade au lac de Godarville
- Réveillon de Noël au Club Arthur
- Etc.

5.4 Ateliers

5.4.1 Historique et enjeux

L'idée d'instaurer des ateliers a germé en 2008, face au constat de la difficulté qu'ont les résidents à s'inscrire dans des activités extérieures à l'institution.

Avant de nous lancer dans la mise sur pied concrète de ces ateliers en 2009, nous avions rencontré des équipes pour lesquelles les ateliers faisaient déjà partie de leur quotidien institutionnel. C'est ainsi que nous avions rencontré l'équipe du Wolvendael, l'équipe du Centre de jour les Bambous et les IHP Le Relais. Par ailleurs, la visite des Bambous s'était prolongée par des « journées d'observation » au sein de l'institution pour chacun des membres de notre équipe.

A partir de ces rencontres, nous avons pu poursuivre notre réflexion quant à la direction que nous voulions donner à ces ateliers, à savoir qu'à travers ceux-ci, nous avons décidé de faire le pari de « créer de l'autre », « créer du lien social ».

5.4.2 En pratique

Si le « référent activation », de par sa fonction, a eu un rôle à jouer dans la mise en place des ateliers, deux intervenants subsidiés en 2009 par le Fonds Maribel social ont aidé à leur lancem

Il est à noter que sans le soutien financier ponctuel de la Région wallonne, l'organisation des ateliers artistiques serait impossible. Fin 2014, des subsides du SPF destinés à la prise en charge et à l'intégration des patients internés dans notre structure ont également permis de couvrir certaines séances.

Les ateliers suivants, déjà organisés en 2013, ont pu être poursuivis de façon hebdomadaire :

Planning des ateliers 2014	
Lundi après-midi	Atelier marche (ponctuel)
Mardi après-midi	Atelier informatique
Mercredi après-midi	Atelier jardin (en saison) Atelier vidéo/court-métrage (uniquement fin 2014)
Jeudi matin	Atelier « Repas communautaire »
Vendredi après-midi	Atelier peinture (uniquement fin 2014)

5.4.3 L'usage des ateliers

L'atelier comme tiers : un support à la vie collective

Les ateliers permettent aux résidents d'investir les maisons comme de véritables lieux de vie. Certains étaient en effet beaucoup plus souvent retirés dans leur chambre auparavant, fonctionnant sans grand lien social. Nous sommes d'ailleurs les premiers surpris d'un tel changement : les maisons nous apparaissent plus vivantes qu'auparavant. La dynamique a changé depuis 2009.

La présence des intervenants aux ateliers n'est pas pour rien dans l'assouplissement des relations entre résidents : les ateliers permettent de faire circuler la parole de façon informelle.

L'organisation ponctuelle de jeux de société, par exemple, est un pur prétexte au lien social, régulé autour d'une activité réglée : « la règle » du jeu

vient organiser les interactions et engendre bien souvent un apaisement dans la relation à l'autre.

D'autre part, l'équipe constate une stabilisation de certains résidents pour lesquels le quotidien était beaucoup plus chaotique auparavant : les relations qu'ils entretiennent avec leurs voisins sont moins sujettes à conflits et l'équipe doit moins intervenir en urgence pour résoudre certains problèmes. Nous pensons que les ateliers et la présence régulière de l'équipe dans ce cadre ont une grande part dans ce constat.

L'atelier, une relance du désir

Si nous avons constaté une réelle difficulté de la part des résidents à s'inscrire à l'extérieur de l'Ancrage, celle-ci est également repérable au sein même de l'institution. Elle peut parfois prendre le nom « d'inertie » : « L'inertie s'explique par un défaut d'une certaine dynamique désirante, ce qui est plus massif dans la psychose. Se mettre en mouvement est toujours problématique. C'est pourquoi aucun idéal n'est visé à travers ces ateliers »[44]. « Il ne s'agit pas d'obliger quelqu'un à s'activer… mais plutôt de faire en sorte que l'ambiance générale le « happe » et l'amène à être curieux (…) L'idée est de préoccuper les patients, pas de les occuper. Cela signifie rencontrer le désir (…) Le travail, c'est cela : inventer, au moment où on rencontre l'inertie. L'inertie est traitée dans la pratique. Le travail, c'est la rencontre du désir. Le premier à devoir s'y mettre, c'est le travailleur »[45].

Indépendamment des « bougés » que l'on observe au cas par cas chez nos résidents, le nombre important d'entre eux qui prennent part à nos ateliers nous permet de croire que ceux-ci ont réellement permis de « mettre quelque chose en mouvement », de « mobiliser le désir ». Ces « mises en mouvement » ne sont cependant jamais « acquises », des périodes d'inertie étant régulièrement présentes.

Mais encore…

Mais les ateliers, c'est encore beaucoup d'autres choses : c'est aussi une manière de viser l'inscription, problématique si sensible pour certains résidents.

C'est une façon de ponctuer le quotidien, de structurer le temps… celui-là même qui paraît parfois si illimité dans la psychose. Le ponctuer peut signi-

---

[44] Rencontre avec l'équipe du Wolvendael, Communauté thérapeutique de Bruxelles, le 4 décembre 2009

[45] Rencontre avec l'équipe des Bambous, Centre de jour situé à Tournai, le 9 juillet 2009

fier border l'infini de l'angoisse, qui fait son lit dans le flottement des journées sans structure.

C'est une offre de rencontre…

… ces nombreuses dimensions n'étant finalement que des manières différentes de « créer de l'autre ».

La singularité des ateliers artistiques animés par un artiste

Bien souvent, les institutions n'engagent pas un artiste pour animer un atelier spécifique, mais un membre de l'équipe passionné par un domaine d'activité fait bénéficier l'institution de ses compétences annexes à sa fonction. S'en tenir à une telle organisation appauvrit bien souvent l'atelier, qui finit par glisser sur un mode plus occupationnel. L'art est en effet un peu comme la psychanalyse : il faut être « passé à travers », il faut avoir eu à « traiter quelque chose » par ce biais pour en cerner tout l'usage qu'un sujet peut en faire. Pour pouvoir transmettre quelque chose de ce qui touche à l'art, il faut avoir longuement expérimenté ce qu'il en est du processus créateur.

Les ateliers (peinture, vidéo), s'ils sont pris sur le plan artistique et non purement occupationnel, impliquent en effet directement l'être. Ils mettent en jeu la subjectivité de chacun et invitent le sujet à se mettre au travail tout en le soutenant dans le tissage d'un lien social dans le cadre d'un atelier collectif.

Si certaines institutions ont dédié leur travail à ce type d'ateliers (le Club Antonin Artaud, par exemple), ces derniers ne sont cependant pas majoritaires dans les institutions.

François Emmanuel Tirtiaux[46] évoque les effets de l'engagement d'un artiste pour animer ces ateliers : « Créer consiste moins à s'exprimer soi qu'à exprimer quelque chose au travers de soi. A l'entame du processus, le créateur se rend disponible à ce qui le traverse (…) Cette manière d'appréhender le processus créateur n'est évidemment par sans conséquence sur la place qui lui est accordée dans le champ thérapeutique (…) : si le processus est appréhendé comme pure traversée du sujet (…), l'œuvre n'est plus tant regardée comme une émanation d'une problématique psychopathologique singulière que comme une « parole d'homme à homme », où l'humain de l'autre s'adresse à l'humain en nous, et cette pa-

[46] Tirtiaux, F.-E., *Ibidem*

role invite au respect, à la suspension de tout jugement, à une forme d'accueil silencieux, tandis que le processus qui y conduit se doit d'être appréhendé avec tact, délicatesse, comme un mouvement que l'on peut induire sans orienter, stimuler sans forcer, susciter sans prescrire. (…) Ceci posé d'emblée, des dispositions d'ouverture, de disponibilité, de lâcher prise vont être requises afin qu'advienne un véritable processus, afin qu'il soit mené à son terme. Disponibilité à l'impulsion première. Lâcher prise au mouvement créatif, lequel peut être décrit métaphoriquement comme un mouvement vers l'inconnu de soi. (…) *« L'imagination*, écrivait Pierre-Jean Jouve, *est un rapport libre avec notre inconscient ».* Et le poète d'ajouter : *« et un charme jeté sur le monstre »*. C'est qu'il n'est pas facile à la vérité d'être dans un rapport souple et libre avec notre inconscient. La moindre indisposition, la plus petite anxiété peut faire obstacle à cette liberté d'accès, et une intention, une programmation trop appuyée, une mentalisation défensive faire glisser le travail vers une réitération sans surprise voire la fabrication de clichés. On dira, on redira dès lors combien le processus est capricieux et fragile, rétif à toute forme de prescription ou de prédétermination (…)

Dans cet accompagnement le maître mot est sans doute celui de reconnaissance : c'est en sentant reconnue pour vrai, parlante, saisissante, telle ou telle étape décisive du processus, que le participant se découvre peu à peu autorisé à s'avancer plus loin dans la direction qui pour lui s'est ouverte. Cette reconnaissance n'est possible que si l'animateur est engagé par ailleurs et pour lui-même dans cette discipline artistique qu'il tente de faire partager. C'est à partir de cette expérience et de ce regard, qu'il peut faire acte de reconnaissance et permettre au participant de poser un jalon fragile dans le trajet qui lui est propre. Cet aspect nous semble essentiel à bien des égards ».

L'atelier comme transition entre deux institutions

Par la force des choses, l'équipe a dû mener une réflexion sur la « gestion de la liste d'attente » et l'organisation d'« après-midis d'essai ». Outre leur apport quotidien, les ateliers et activités organisés à l'Ancrage permettent de ne pas perdre contact avec les personnes qui sont inscrites sur la liste d'attente, de même que c'est également une manière de préparer l'entrée de ces personnes au sein de notre institution : leur entrée se déroule différemment depuis l'instauration de cette pratique qui permet aux nouveaux arrivants de ne pas se retrouver au milieu de têtes inconnues.

Chapitre 6: Activités de formation et de représentation de l'équipe

Les rencontres et conférences, les lectures, le travail de réseau, etc. autant de moments incontournables qui nourrissent le travail clinique.

6.1 Travail de réseau

Abord du réseau

Il est aujourd'hui inconcevable de parler d'une prise en charge sans évoquer la question du réseau. Non seulement parce que c'est un thème très à la mode, mais surtout parce que c'est la voie que nous indique le travail clinique, c'est-à-dire la voie d'une prise en charge intégrée, contextualisée, et continuée grâce à l'usage ou la création de « solutions particulières » qui font que l'hôpital rentre un peu au domicile du patient, et le domicile rentre un peu à l'hôpital. Les barrières inter-institutions se font moins rigides, par la force du constat de la nécessité de ce que nous appellerons « la persistance d'un lien significatif » pour le sujet, bien au-delà de la simple utilité d'une continuité de la prise en charge.

Cette articulation entre hôpital et domicile (articulation dont relève particulièrement la création des IHP et des SPAD), avec les acteurs de la vie quotidienne du patient que cela englobe, n'est pas sans poser un certain nombre de questions qui ont à la fois trait au secret professionnel et à la place de chacun. Car chaque institution, quelle qu'elle soit, doit malgré tout offrir au patient un espace propre, de même qu'une liberté de parole et une garantie que celle-ci ne sera pas diffusée. Ces deux questions relèvent de la même chose : ce n'est pas parce que les barrières sont plus souples que « tout est dans tout » ou que « tout le monde doit tout savoir sur tout ». Mais si le lieu de l'institution doit être un lieu préservé, il ne peut pas, du fait de l'être, revendiquer d'être coupé d'une certaine réalité, à savoir celle de son patient et de son réseau.

Précisons peut-être que par « réseau », nous entendons le « réseau du patient », tel que proposé par Thierry Van de Wijngaert[47], à savoir « qu'il s'agit de s'adapter au réseau du sujet et d'inventer avec lui une circulation auprès des partenaires qui font place à sa singularité, et le tiennent à distance de la souffrance associée au débranchement social ». Ainsi, lorsqu'il parle du réseau, Thierry Van de Wijngaert évoque moins l'organisation des

[47] Van de Wijngaert, T., Nécessités cliniques et sociales d'une pratique à plusieurs : intervention dans le cadre du colloque « Secret professionnel partagé et pratiques de réseaux », décembre 2009

soins qui pourraient en découler, que les intervenants avec lesquels le sujet a des liens significatifs.

Cette manière d'aborder la question du réseau a des implications sur la façon dont nous avons de collaborer avec nos partenaires, à savoir ceux du résident : il ne s'agit pas pour nous de tenter de venir réguler ou organiser ses soins pour les optimiser selon nos critères, mais de l'aider à s'appuyer sur les liens qu'il a éventuellement tissés à l'extérieur pour l'accompagner au mieux. Et ce, dans le respect du secret professionnel et de la place de chacun.

Concrètement

Les réunions de réseau sont nombreuses et il est malheureusement difficile de s'investir à la fois dans l'accompagnement des résidents et dans la création ou la consolidation de liens avec le réseau.

Malgré tout, et parce que l'importance du travail de réseau n'est pas à négliger, nous essayons un maximum de nous inscrire dans celui-ci, à travers notamment, la participation régulière à certaines réunions : il s'agit pour nous de pouvoir partager certains moments avec les partenaires d'une même région ou d'un même secteur et d'user de ces conversations comme relance dans nos réflexions.

En 2014, l'investissement au sein du Réseau 2 a été une des priorités de notre asbl. En effet, le Réseau 2 est un des rares réseaux à soutenir l'orientation de travail qui est la nôtre. A ce titre, le Réseau 2 constitue un véritable soutien à notre travail clinique et institutionnel.

En 2014, l'équipe a participé aux réunions suivantes :

Inscription de l'équipe au sein du réseau
Participation ponctuelle aux Conseils d'administration et à l'Assemblée générale de la F.F.I.H.P. (Fédération Francophone des Initiatives d'Habitations Protégées)
Participation aux Conseils d'administration et à l'Assemblée générale de l'Ancrage
Participation ponctuelle aux réunions mensuelles du réseau « Groupe Parentalité et Toxicomanie »
Participation aux Conseils d'administration et à l'Assemblée Générale du R.A.S.A.C.
Participation ponctuelle aux intervisions destinées aux I.H.P.
Participation ponctuelle au Comité d'organisation du projet « Art brut - Mons 2015 »
Participation aux réunions du Comité stratégique et du Comité de fonction 5 dans le cadre du « réseau 107 » de la région du Centre (représentant fonction 5)
Participation au Comité d'organisation et au Comité de lecture du « Réseau 2 ».

6.2 Représentation de l'équipe

A travers les formations, les réunions et les rencontres inter-institutionnelles, l'équipe a pu partager sa vision du travail avec certains partenaires du réseau.

Le film de l'atelier vidéo a notamment pu être diffusé dans le cadre du festival *Images mentales*.

Enfin, en intégrant le Réseau 2 en 2013, l'Ancrage confirmait son souci d'accompagner les résidents au plus près de leurs difficultés. A ce titre, l'Ancrage s'implique aussi bien dans le Comité d'organisation du Réseau 2 qu'au Comité de lecture. La participation à ces réunions permet de rencontrer d'autres institutions qui orientent leur travail de la même manière tout en inscrivant un peu plus l'Ancrage dans le réseau.

Il est à noter qu'en 2014, l'Ancrage a présenté un cas clinique lors de la journée d'étude « Les embrouilles du corps », organisée par le Réseau 2. Céline Danloy était également discutante dans le cadre d'un des ateliers.

6.3 Formations, supervision, conférences et rencontres

L'année 2014 a été très chargée. Les formations ont de ce fait été réduites à quelques conférences organisées par des institutions du réseau. Il ne faut cependant pas négliger l'effet de formation que peut comporter la participation aux réunions du Réseau 2, notamment.

Plusieurs séances de supervision clinique ont également été organisées.

Chapitre 7: Conclusions et perspectives



En 2015, nous aimerions avant toute chose pouvoir développer notre projet d'augmentation de places. De nombreux travaux ont d'ailleurs déjà été entrepris dans ce sens : il ne nous manque plus que l'accord du SPF et de la RW pour accueillir de nouveaux résidents. Nous espérons donc obtenir rapidement l'aval des instances officielles pour pouvoir mettre en œuvre les projets imaginés par l'équipe.

Par ailleurs, depuis 2014, six de nos places sont désormais dédiées à un public de patients internés. Dans ce cadre, le développement des ateliers artistiques devrait nous permettre de les accueillir au mieux en leur offrant, au-delà de l'hébergement et de l'accompagnement, des lieux de rencontre de qualité.

2015 devrait donc être une année de développement de projets. A ce titre, nous désirons qu'elle puisse se dérouler sous le sceau de la réflexion : ces projets, nous les voulons « cliniques », pensés au plus près des difficultés de chacun des résidents que nous accueillons.

A cet égard, nous désirons continuer à nous investir au sein du Réseau 2. De même, notre « façon de pratiquer à plusieurs » devra continuer à être questionnée et remise au centre de nos conversations, la richesse du travail résidant dans ces échanges formels ou informels que requiert la clinique.

Enfin, comme évoqué dans l'avant-propos, la fin de l'année 2014 nous a lancé un nouveau défi à travers la réorganisation structurelle de l'asbl : notre IHP fait désormais partie de l'asbl Alises et 2015 devrait nous permettre d'intégrer au mieux les changements et d'optimiser les collaborations.

Bibliographie

Alberti, C., *Situations subjectives de déprise sociale*, collection Bibliothèque lacanienne 2, Navarin éditeur, diffusion Seuil, 2009

Arrêté Royal du 10.07.90 relatif aux I.H.P.

Aucremanne, J.-L., Intervention lors d'un cours sur les dépendances donné dans le cadre du post-master interuniversitaire de l'ULB « Certificat en Cliniques psychothérapeutiques » d'orientation psychanalytique, 2011

Ayme, J., Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle, *www.cliniquedelaborde.com*

Cartuyvels, Y., Intervention du 11 février 2010 dans le cadre des matinées sur la psychothérapie institutionnelle, sous le nom de « Comment penser les institutions ? »

Collectif de la Fédération Francophone des Initiatives d'Habitations Protégées (FFIHP), sous la direction de Van de Wijngaert Th. & de Coninck F., *Le rapport au contrat : fonction structurante du cadre et nécessité de souplesse ?* in L'autonomie en question. Lien social et santé mentale, *Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française n°25,* 2009

de Coninck, F. et l'équipe du Wolvendael, *Un lieu, un temps pour accueillir la folie : une expérience de communauté thérapeutique*, collection Empan, éditions Erès, 2008

Dermaux, D., L'un passe par l'Autre (inédit)

Di Ciaccia, A., La pratique des réunions cliniques et la cartographie du réel, *Clinique et pragmatique de la désinsertion en psychanalyse, Mental n°24,* Avril 2010, FEEP

Di Ciaccia, A., Les régimes du savoir dans les réunions clinique (débat), *Clinique et pragmatique de la désinsertion en psychanalyse, Mental n°24,* Avril 2010, FEEP

Exposé de Céline Danloy présenté lors de la journée d'étude « Dépendances et Précarités », organisée par le secteur « Toxicomanies » de la Fédération des structures psycho-socio-thérapeutiques, en abrégé FSPST (atelier « Et après ? », La Marlagne, le 3 décembre 2009)

Exposé de Céline Danloy, présenté lors du Symposium « Médecine générale – réseau – hôpitaux psychiatriques : comment travailler ensemble ? » sous le titre « La postcure, une version de l'inscription des soins hospitaliers dans la cité » (Tournai, 2010)

Falicon, P., La force du rien, *Poubelle égarée au bord d'une autoroute… Que dit aujourd'hui la psychanalyse de la précarité ?,* Nantes, collection L'imprévu contemporain, Pleins feux éditions, 2009

Fernandez Blanco, M., Réunion clinique et réel, *Clinique et pragmatique de la désinsertion en psychanalyse, Mental n°24,* Avril 2010, FEEP

Hellebois, P., Méthodologie des supervisions (inédit)

Holvoet, D., Leçons des pratiques de réunions cliniques au Courtil, *Clinique et pragmatique de la désinsertion en psychanalyse, Mental n°24*, Avril 2010, FEEP

Introduction de la Vème journée du RI3. *Traitements sur la durée, Logique du temps en institution,* janvier 2001.

www.jiho.fr : illustrations

Larcenet, M., *Le combat ordinaire*, Dargaud, Paris

Miller, J.-A., Vers PIPOL 4, *Mental*, *n°20*, FEEP, février 2008

Oldenhove, E., Conférence aux Cliniques de l'Europe, 2009

Rapport d'activités 2006 de la F.I.H.

Rodembourg, G. Un psychologue en rue : pour quoi faire ? *Confluences n°25,* décembre 2010

Seynhaeve, B., in « Essaim de S1 » (Editorial), Les stratégies de la psychanalyse dans les institutions, *Les Feuillets du Courtil* n°23, juin 2005

Tirtiaux, F, Philosophie des ateliers créatifs au Club Antonin Artaud, 2007

Van de Wijngaert, T. L'autonomie en question : spécificités de l'accompagnement en IHP, *Confluences n°18*, décembre 2007

Van de Wijngaert, T., Nécessités cliniques et sociales d'une pratique à plusieurs : intervention dans le cadre du colloque « Secret professionnel partagé et pratiques de réseaux », décembre 2009

Van de Wijngaert, T., S'appliquer contre la volonté d'insertion, *Mental*, *n°24*, FFEP, avril 2010

Zenoni, A., Autonomie et « auto-séparation », *L'autonomie en question. Lien social et santé mentale, Les Cahiers de la Santé de la Commission Communautaire Française n°25,* Collectif de la Fédération Francophone des Initiatives d'Habitations Protégées (FFIHP), sous la direction de Van de Wijngaert Th. & de Coninck F., 2009

Zenoni, A., *L'Autre pratique clinique. Psychanalyse et institution thérapeutique,* Toulouse, Collection Point Hors ligne, Editions Erès, 2009

Zenoni, A. Le spectre de la chronicité, *Mental Idées n°8, septembre 2006*